سلسلة الدكتور هشام

العاشر

إيذاء الطفل



تأليف

دكتور/هشام عبد الحميد فرج

دكتوراه في الطب الشرعي والسموم

دبلوم حقوق الإنسان

مدير الطب الشرعي بمحافظة المنوفية


منتدى إقراء الثقافي

سلسلة الدكتور هشام

10

إيذاء الطفل

تأليف

دكتور/هشام عبد الحميد فرج

دكتوراه في الطب الشرعي والسموم

دبلوم حقوق الإنسان

مدير الطب الشرعي بمحافظة المنوفية

الطبعة الأولي

٢٠١٠

رقم الإيداع
٢٢٠٦٤

إصدارات المؤلف

(١) معاينة مسرح الجريمة (طبعة أولي). (٢) الجريمة الجنسية. (٣) الاختناق (أسفكسيا).
(٤) إصابات الأسلحة النارية. (٥) توابع العلاقات الجنسية الغير شرعية.
(٦) التفجيرات الإرهابية. (٧) معاينة مسرح الجريمة (طبعة ثانية).
(٨) الأخطاء الطبية. (٩) جرائم التعذيب. (١٠) الاغتصاب الجنسي

يمكنكم الحصول علي مؤلفات الدكتور/هشام من المكتبات التالية:.

١. نادي القضاة بالقاهرة (خلف دار القضاء العالي بالإسعاف).
٢- دار الفجر للنشر والتوزيع (النزهة الجديدة).
٣. منشأة المعارف . الإسكندرية.
٤. فروع الهيئة المصرية العامة للكتاب بمختلف أنحاء الجمهورية.
٥. دار الكتب القانونية للنشر والتوزيع (ش عدلي يكن: المحلة الكبرى).
٦. دار الفكر والقانون للنشر والتوزيع (ش الجلاء: المنصورة).
٧. شادي (ش عبد الخالق ثروت).
٨. دار الكتاب الحديث ش عباس العقاد.
٩. دار الفكر العربي . ش عباس العقاد.
١٠ دار الأحمدي للطباعة والنشر (ش طلعت حرب).
١١ دار الكتاب المصري اللبناني (ش قصر النيل).
١٢ الأنجلو المصرية (ش محمد فريد).
١٣ عالم الكتب (ش عبد الخالق ثروت).
١٤ دار حراء (ش شريف).
١٥ مكتبة الدار العلمية (ش ٢٦ يوليو).
١٦ النهضة العربية (ش عبد الخالق ثروت).
١٧ أو الاتصال بالمؤلف (٠١٠٦٧٦٤٦٠٦).

المقدمة

تنص المادة ١٩ من اتفاقية حقوق الطفل الصادرة عن الأمم المتحدة عام ١٩٨٩م علي أن تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير التشريعية والإدارية والاجتماعية والتعليمية الملائمة لحماية الطفل من كافة أشكال العنف أو الضرر أو الإساءة البدنية أو العقلية والإهمال أو المعاملة المنطوية على إهمال، وإساءة المعاملة أو الاستغلال، بما في ذلك الإساءة الجنسية، وهو في رعاية الوالد (الوالدين) أو الوصي القانوني (الأوصياء القانونيين) عليه، أو أي شخص آخر يتعهد الطفل برعايته.

إذا كانت سائر القوانين والتشريعات الدولية تحث علي توفير حماية للإنسان عموماً من انتهاك حرمة جسده، فإن المنطق يؤكد أن الطفل في حاجة إلي حماية قانونية وشخصية خاصة أكثر من الشخص البالغ لأن ضعف بنيان الطفل لا يمكنه من الدفاع عن نفسه ويجعله فريسة سهلة للاعتداء عليه. وهذا ما يؤكده الواقع العملي فالطفل هو الأكثر تعرضاً للاعتداء منذ القدم.

تشير الإحصائيات إلي تعرض مئات الآلاف من الأطفال يومياً للضرب من قبل الوالدين أو القائمين علي تربية الطفل بهدف التأديب. كان ولا زال الضرب والإيذاء البدني من أهم وسائل تأديب الأطفال وهو يحدث بموافقة مجتمعية في معظم الثقافات العالمية القديمة والحديثة. لو نظرنا إلي قدماء المصريين لوجدناهم يعتقدون أن الإله توت رب التعليم والمعرفة قد انزل علي الأرض عصا التأديب، وكذلك كان الرومان والإغريق يؤمنون بالعقاب في التربية مما ذهب بأحد خطباء الرومان بالقول أن للأب الحق في أن يأمر بموت أبنه إذا استعصي عليه إصلاح هذا الابن. بل إن الديانات السماوية أوصت بالضرب كوسيلة لحث الأبناء علي طاعة الله وذلك كما قال رسول الله صلي الله عليه وسلم ((مروا أبناءكم بالصلاة لسبع سنين واضربوهم عليها لعشر سنين)). كذلك فإن الأمثال الشعبية تحبذ ضرب

الأطفال وخاصة الإناث كوسيلة هامة من وسائل التربية مثل المثل الشعبي المصري الذي يقول ((أكسر للبنت ضلع يطلع لها أربعة وعشرين ضلع)).

إن الناظر إلي الشريعة الإسلامية يجدها أباحت للوالدين والقائمين علي تربية الطفل ضرب الطفل ضرباً خفيفاً غير مبرح وذلك بعد استنفاذ الوسائل الأخرى لتعديل سلوك الطفل، ولكن الشريعة الإسلامية لم تبح الضرب الذي يحدث الضرر بالطفل. هذه الإباحة للضرب الخفيف الذي لا يزيد عن الضرب بالسواك لأقل من عشر ضربات جعلت جميع الدول الإسلامية تترك الحبل علي الغارب للوالدين والقائمين علي تربية الطفل ليفعلوا بالطفل ما يشاءوا تحت مسمي تأديب الطفل، ولذلك فإن معظم الدول الإسلامية لم تشرع قوانين لعقاب المعتدي علي الطفل، ولم توفر سبل حماية كافية للطفل ضد عنف والديه تجاهه.

هذه الموافقة المجتمعية تجعل القائمين بضرب أبنائهم أو بضرب الأطفال المسئولين عن تربيتهم لا يعاقبون قانونا علي ذلك. هذا الأمر لا ينطبق علي المجتمعات النامية فقط بل إن عدم عقاب القائمين علي الضرب ظل معمولاً به حتى أواخر الستينات من القرن العشرين في معظم الدول الأوروبية، حيث أصبحت حديثا ستة عشر دولة أمريكية وأوروبية تعاقب علي إيذاء الأطفال.

إننا في حاجة ماسة لتشريع قوانين تعاقب مرتكب إساءة معاملة الأطفال، وإيجاد البدائل المناسبة لفصل الأبناء المعتدي عليهم عن المعتدين حماية لهم من تكرار الإيذاء. إن وضع ضوابط ومعايير لتعريف الإيذاء ثم وضع القوانين المعاقبة علي هذا الفعل من شأنها أن تقلل من هذا العنف الموجه للأطفال حتى ينعم الطفل بطفولة هادئة ينشأ بعدها رجلا صحيح النفس والبدن ليصبح فرداً منتجاً صالحاً في المجتمع، لأن العنف ضد الطفل سيجعله في المستقبل عنيفاً مع أبنائه وندخل في دائرة مفرغة من العنف.

سن القوانين المعاقبة لمرتكبي العنف ضد الأطفال ليس الهدف منه حبس أكبر عدد ممكن من الآباء والأمهات ولكنه يبعث برسالة واضحة لهم ولكل أفراد الأسرة

أنهم ليس لهم الحق في إيذاء أبنائهم. أي لمن هذه القوانين تعتبر عائق وذات تأثير مانع لإيذاء الأطفال. لذلك فإن تفعيل نصوص اتفاقية حقوق الطفل التي وقعت عليها معظم دول العالم يقتضي بأن تسمح نظم العدالة بتقديم جميع مرتكبي جرائم العنف ضد الأطفال إلي العدالة وأن تتم محاسبتهم عن طريق إجراءات جنائية ومدنية وإدارية ومهنية مناسبة، ويجب منع الأشخاص الذين يقوموا بارتكاب جرائم العنف والاعتداء الجنسي ضد الأطفال من العمل مع الأطفال.

المشكلة الحقيقية التي تقابلنا هي التكلفة المادية العالية للتعامل مع حالات إيذاء الأطفال سواء كانت لعلاج آثار الإيذاء الذي وقع بالفعل أو لمنع وقوع الإيذاء في المستقبل، لأن منع إيذاء الأطفال يتطلب القضاء علي مسبباته. ولما كان الفقر المدقع وعدم توفر مكان للسكن أو السكن العشوائي غير الملائم والازدحام الشديد في المنزل والبطالة كلها عوامل اجتماعية دافعة ومسببة لإيذاء الأطفال، لذلك فإنني أري أن فرصة منع إيذاء الأطفال من خلال الاستراتيجيات الاجتماعية صعب المنال في دول العالم الثالث التي تعاني بشدة من الفقر والبطالة والمرض والأمية.

لذلك فإنني أري ضرورة تركيز جهدنا علي علاج حالات إيذاء الأطفال التي وقعت بالفعل، مع بذل ما نستطيع في برامج التوعية الإعلامية لمنع حدوث حالات جديدة. علاج الحالات التي وقعت فعليا يقتضي أن نتدخل بأسلوب علمي ومنهجي لعلاج الأطفال الضحايا طبيا ونفسيا واجتماعيا من خلال منظومة كاملة. هذه المنظومة تشمل عدة خطوات: الخطوة الأولي هي البحث عن هذه الحالات في المدارس وغيرها، والتدريب المستمر للأطباء والأخصائيين الاجتماعيين لاكتشاف هذه الحالات، وتلقي البلاغات عن طريق الخط الساخن. الخطوة الثانية هي العلاج الطبي لإصابات الطفل ومضاعفات هذه الإصابات. الخطوة الثالثة هي العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للطفل. الخطوة الرابعة هي التأهيل النفسي

للأسرة وللمعتدي وتدريبهم علي أساليب التربية دون استخدام عنف. الخطوة الخامسة متابعة الطفل وباقي أخوته للتأكد من عدم تكرار الاعتداء.

أما برامج التوعية الإعلامية لمنع حدوث حالات إيذاء جديدة فهو طريق صعب وشاق وطويل ويقتضي العمل ٢٤ ساعة في اليوم علي مدار العام ويهدف لتصحيح الموروثات الاجتماعية والمعتقدات الدينية الخاطئة. هذا يحتاج بذل مجهود شديد من كل المهتمين بحقوق الطفل لتغييرها من خلال الميديا الإعلامية والندوات والحوارات التي توضح حجم ظاهرة إيذاء الأطفال وتأثيراتها المستقبلية علي حياة الأبناء حتى يتهيأ الرأي العام لفهم خطورة المشكلة ويتقبل فكرة التغيير سواء في السلوكيات تجاه الأبناء أو في مباركة التشريعات التي تعاقب مرتكبي إيذاء الأطفال. هذه المحاولات يجب أن تستعين بأشخاص مقبولين لدي الرأي العام فإذا أردنا تصحيح المعتقدات الدينية الخاطئة يجب أن نستعين برجل دين مقبول لدي الرأي العام ولا يشترط أن يكون له صفة رسمية في الدولة، بل إنه يفضل غالباً أن نبتعد عن رجل الدين الذي يحمل الصفة الرسمية للدولة حتى لا يقال إنه ينفذ سياسة الحكومة الخاضعة للضغوط الغربية حسب تصور الرأي العام.

لا شك أن هناك جهودا عظيمة بذلت في مصر في العقدين الأخيرين من أجل حماية الطفل كان أبرزها الجهود التي قام بها المجلس القومي للطفولة والأمومة والعمل الدؤوب المستمر من أجل مواكبة الاتفاقات الدولية لحقوق الطفل وحمايته ونمائه كان من نتائجها صدور قانون الطفل رقم ١٢ لسنة ١٩٩٦م، وإنشاء محاكم الأسرة بموجب القانون رقم ١٠ لسنة ٢٠٠٤م، وأخيرا صدور قانون الطفل رقم ١٢٦ لسنة ٢٠٠٨م. هذا التعديل الأخير لقانون الطفل يعتبر نقلة نوعية حضارية رائعة تحسب للوزيرة/مشيرة خطاب وزيرة الأسرة وأمين عام المجلس القومي للطفولة والأمومة لما بذلته من جهد كبير واستعانتها بالمؤسسة الدينية في مصر وبمشورة كل منظمات حقوق الإنسان التي تعمل في مجال الطفل. وهناك أيضا من الأشياء الهامة التي تحسب للقائمين علي شئون الأطفال وهي إنشاء الخط الساخن لحماية

الطفل. لكنني كنت أتمني أن تضاف مادة للقانون لمعاقبة الآباء أو المتولين تربية الطفل في حالة الإفراط في إيذاء الطفل. أنا أعلم أن هذه المادة كانت موجودة بالفعل في القانون قبل عرضه علي مجلس الشعب ولكن مجلس الشعب رفضها.

إنني ما زلت أحلم بعالم خال من طفل متعرض للإيذاء، وأحلم بأن ينعم الطفل في مصر وعالمنا العربي بطفولة هانئة سعيدة يلعب ويلهو ويتعلم دون عقاب علي فعل لا يدرك خطئه. إن الأمم التي تريد أن تنهض لا تجد أفضل من الاستثمار في البشر وتنمية قدراتهم، ويتركز هذا الاهتمام في الأطفال لأنهم مستقبل الأمة. إذا كنا لم نستطع في الوقت الحاضر اللحاق بالركب العالمي الذي يتطور وينمو بسرعة مذهلة، ألا نمهد الطريق لأبنائنا لكي يستطيعوا أن يحققوا لأنفسهم ما عجزنا عن تحقيقه لهم. كل ذلك ممكن وليس مستحيلا إذا أدركنا هذه الحقيقة وحددنا الهدف ووضعنا الخطط المناسبة ليحصل كل طفل علي مسكن وملبس ومأكل مناسب وكوب لبن وتعليم جيد وتربية تقوم علي أسس علمية سليمة.

في الفصل الأول من هذا الكتاب تناولنا حقوق الطفل في الإسلام وأوضحنا فيه إن الإسلام أعطي الطفل حقوقاً عديدة سبقت كل المواثيق والمعاهدات الدولية، ثم تناولنا في الفصل الثاني ضرب الطفل بغرض التأديب وقلنا أن الشريعة الإسلامية أباحت للوالدين والقائمين علي تربية الطفل ضرب الطفل ضرباً خفيفاً غير مبرح وذلك بعد استنفاذ الوسائل الأخرى لتأديب الطفل، وأن هذا الضرب لا يزيد عن الضرب بالسواك لأقل من عشر ضربات وفي أماكن بعيدة عن الوجه أي إن الشريعة لم تبح الضرب الذي يحدث ضرراً بالطفل، وأن الضرب الخفيف بالسواك لا يهدف إلا لجذب انتباه الطفل إلي خطأ سلوكه أو تصرفه، ثم تحدثنا في هذا الفصل عن القوانين الوضعية فما يتعلق بضرب الطفل بغرض التربية وقلنا أن دول العالم انقسمت إلي فريقين حيث توجد ستة عشر دولة تعاقب علي إيذاء الأبناء وأن باقي دول العالم ليست لديها قوانين تعاقب علي إيذاء الأبناء.

كان موعدنا في الفصل الثالث مع معدل حدوث إيذاء الأطفال وكالعادة فإننا لجأنا إلي الإحصائيات الأمريكية والأوربية المتاحة حيث لا توجد إحصائيات مصرية أو عربية يمكن الاستناد إليها لغياب الشفافية والقصور المنهجي في إثبات الحالات ولم نجد إلا دراسة حقوقية عن الحالات التي نشرت في الصحف المصرية. في الفصل الرابع ذكرنا أنه لا يوجد عنصر وحيد يمكن التعويل عليه كسبب لإيذاء الأطفال، ولكن هناك عوامل كثيرة تشترك في ذلك وقسمناها إلي عوامل مرتبطة بمحدث الإيذاء وعوامل مرتبطة بأسرة الطفل المعتدي عليه وعوامل مرتبطة بالبيئة المحيطة والعوامل المتعلقة بالطفل المعتدي عليه.

في الفصل الخامس تحدثنا عن بعض مظاهر الإيذاء البدني مثل الكدمات وكسور عظام الأطراف والجمجمة والقفص الصدري، وتناولنا في الفصل السادس إصابات الرأس وخاصة متلازمة الطفل المهزوز لما لها من أهمية خاصة ومضاعفات خطيرة.

في الفصل السابع استكملنا مظاهر الإيذاء البدني الأخرى مثل إصابات الصدر والبطن وإصابات العين والأذن والفم والحروق والعض وبعض الإصابات الأخرى، وتحدثنا أيضاً عن المظاهر السلوكية للإيذاء البدني وأعراضه والفحوص المطلوبة للأطفال الأحياء والاحتياطات الخاصة الواجب اتخاذها أثناء إجراء الصفة التشريحية لحالات إيذاء الأطفال. تناولنا في الفصل الثامن الإهمال وأنواعه المختلفة وهي الإهمال الجسمي والصحي والتربوي والتعليمي والنفسي، والعلامات السلوكية للإهمال وأعراضه وعلاماته ثم تحدثنا عن الإيذاء النفسي وعلاماته الجسمية والسلوكية وأهم أشكاله وهي الرفض والتجاهل والإرهاب والعزل والإفساد.

كان موعدنا في الفصل التاسع مع الإيذاء الجنسي وأشرنا إلي الاختلاف بين العلماء والأنظمة القانونية في تعريف الإيذاء الجنسي ومعدل حدوثه، ثم تكلمنا عن شخصية الجاني، والعلامات الجسمية والسلوكية لهذا الإيذاء، ثم تحدثنا عن الإيذاء الجنسي للأطفال الذكور، والإيذاء الجنسي من الأم لأبنتها، ومنع حدوث الإيذاء

الجنسي وعلاجه، والعلامات السلوكية للإيذاء الجنسي عبر الانترنت، وكيفية التعرف علي الشخص البالغ المحب لممارسة الإيذاء الجنسي، ووضعنا استبيان للأخصائي الاجتماعي لسؤال الطفل عن الاعتداء الجنسي. تناولنا في الفصل العاشر متلازمة منشوسن بالوكالة وأسبابها وكيفية إحداث الأعراض أو الأمراض، ومضاعفات إيذاء الأطفال بصفة عامة والعوامل المؤثرة فيها، وتحدثنا بصفة خاصة عن مضاعفات الإيذاء الجنسي للإناث ثم للذكور ثم مضاعفات الإيذاء النفسي وأخيراً مضاعفات الإيذاء البدني.

في الفصل الأخير تحدثنا عن استراتيجيات منع إيذاء الأطفال وأنواعها مثل الاستراتيجية الاجتماعية واستراتيجية إصلاح القوانين وتشجيع حقوق الإنسان واستراتيجية بناء العلاقة بين الآباء والأبناء والاستراتيجيات الشخصية، ثم تحدثنا عن التعامل مع حالات الإيذاء المؤكدة من خلال وضع خطة، واكتشاف الأطفال المعتدي عليهم وعلاجهم، والدعم النفسي والاجتماعي للطفل المعتدي عليه، ودعم الأسرة، وحماية الأطفال من إعادة الاعتداء، والحملة الإعلامية، وأخيراً تناولنا التبليغ عن حالات إيذاء الأطفال، وإبعاد الابن المعتدي عليه عن الأسرة.

القراء الأعزاء، وأنا أقدم لكم كتابي العاشر لا يسعني إلا أن أتقدم لكم بخالص شكري وتقديري علي التشجيع المستمر الذي استمده من اتصالاتكم معي وردود أفعالكم علي مؤلفاتي فهي الحافز والمعين لي علي الاستمرار في الكتابة وأتمنى أن نلتقي في كتاب جديد أطمع أن يكون قريباً بمشيئة الله. وأخيرا أحمد الله علي نعمه التي أنعمها علي وأتمنى أن يمنحني القدرة علي استكمال هذه السلسلة المتخصصة وأن أكون دائما عند حسن ظن القارئ الحبيب.

والله ولي التوفيق

المؤلف

دكتور/هشام عبد الحميد فرج

Dhesham3737@hotmail.com

www.drheshamfarag.com

الفهرس

فهرس الأشكال



الفصل الأول

حقوق الطفل في الإسلام

الفصل الأول

حقوق الطفل في الإسلام

سبق الإسلام كل القوانين الوضعية في أساليب تربية الأطفال وتوضيح ما لهم من حقوق وما عليهم من واجبات. أعطي الإسلام الطفل حقوق كثيرة وعني به عناية خاصة في كل مراحله، وسنتناول في هذا السياق بعض الحقوق المتعلقة بموضوع الكتاب:ـــ

(١) حسن اختيار الأم

من المعروف أن الجنين يحصل علي نصف صفاته الوراثية من الأب والنصف الآخر من الأم، ولذلك يحثنا الإسلام علي حسن اختيار الزوجة التي ستكون أم لأبنائنا وذلك كما قال صلي الله عليه وسلم ((تزوجوا في الحِجْزِ الصّالح فانّ العرق دسّاس)) أي أن نتزوج المرأة ذات الأصل الصالح ، وقال أيضاً ((تخيروا لنطفكم فإن النساء يلدن أشباه إخوانهنّ وأخواتهن)). كما قال صلى الله عليه وآله وسلم ((إياكم وخضراء الدّمن))، قيل: يا رسول الله وما خضراء الدّمن ؟ قال: ((المرأة الحسناء في منبت السّوء)). كما نهي صلي الله عليه وسلم من الزواج من المرأة الحمقاء حيث قال ((إياكم وتزوج الحمقاء، فإنّ صحبتها بلاء، وولدها ضياع)).

كما حبذ الإسلام التدين في الشريك الآخر وجعله أعلي ميزة في المرأة والرجل لتكوين أسرة حسنة وذلك كما قال رسول الله صلي الله عليه وسلم في المرأة ((تنكح المرأة لأربع لمالها ولحسبها ولجمالها ولدينها فاظفر بذات الدين تربت يداك))، وقوله أيضا صلوات الله وسلامه عليه ((لا تتزوجوا النساء لحسنهن فعسي حسنهن أن يرديهن ولا تزوجوهن لأموالهن فعسي أموالهن أن تطغيهن ولكن تزوجوهن علي الدين، ولأمة خرماء سوداء ذات دين أفضل))،

وقوله صلوات الله وسلامه عليه في الرجل ((إذا أتاكم من ترضون خلقه ودينه فزوجوه إلا تفعلوا تكن فتنة في الأرض وفساد عريض)).

كما حثنا الدين علي تكافؤ الزواج والابتعاد عن زواج الأقارب حتى لا يرث الطفل الصفات الوراثية الضعيفة الموجودة في الأقارب وذلك في قول رسول الله صلي الله عليه وسلم ((تخيروا لنطفكم وأنكحوا الأكفاء وأنكحوا إليهم)) وقوله ((اغربوا لا تضووا)).

(٢) حق الحياة

الإسلام يشجع علي الإنجاب للحفاظ علي الجنس البشري ويعتبر الأبناء زينة الحياة الدنيا كما قال تعالى في الآية ١٨ من سورة الكهف ((المالُ والبنونُ زينة الحياة الدُّنيا)).

حق الطفل في الحياة يبدأ منذ بداية تكونه جنينا في بطن أمه حيث أمر الإسلام الأب بالإنفاق علي الأم الحامل وهو ما ورد في الآية السادسة من سورة الطلاق حيث قال تعالي ((وإن كُنَّ أُوْلاتِ حَمْلٍ فَأَنفِقُوا عَلَيْهِنَّ حَتَّى يَضَعْنَ حَمْلَهُنَّ فَإِنْ أَرْضَعْنَ لَكُمْ فَآتُوهُنَّ أُجُورَهُنَّ وأْتَمِرُوا بَيْنَكُم بِمَعْرُوفٍ وإن تَعَاسَرْتُمْ فَسَتُرْضِعُ لَهُ أُخْرَى)).

كذلك حرم الإسلام الإضرار بصحة وحياة الجنين فأباح للحامل الإفطار في شهر رمضان كما قال رسول الله صلي الله عليه وسلم ((إن الله تعالي وضع عن المسافر الصوم وشطر الصلاة وعن الحامل أو المرضع الصوم أو الصيام)). وحفاظا علي حياة الجنين فقد أرجأ رسول الله صلي الله عليه وسلم تنفيذ عقوبة الرجم حتى الموت علي امرأة حامل وذلك حتى تضع مولودها وترضعه لمدة عامين، وقد روي أن عمر بن الخطاب هم برجم امرأة

زانية وهي حامل فقال له معاذ ((إن كان لك سبيل عليها فليس لك سبيل علي حملها ولم يرجمها)).

كفل الإسلام الرزق لكل مخلوقاته ولذلك نهانا عن قتل الأولاد خشية الفقر وذلك كما قال سبحانه وتعالي في الآية ٣١ من سورة الإسراء ((ولا تقتلوا أولادكم خشية إملاق نحن نرزقكم وإياكم إن قتلهم كان خطئاً كبيراً))، وقوله تعالي في الآية ١٥١ من سورة الأنعام ((ولا تقتلوا أولادكم من إملاق نحن نرزقكم وإياهم))، وقوله سبحانه وتعالي في الآية ١٤٠ من سورة الأنعام ((قد خسر الذين قتلوا أولادهم سفهاً بغير علم وحرموا ما رزقهم الله افتراء على قد ضلوا وما كانوا مهتدين)).

أعطي الإسلام الجنين حق الحياة وحرم الإجهاض إلا إذا كان ضروريا للحفاظ علي حياة الأم وذلك مصداقا لقوله تعالي في الآية ١٥١ من سورة الأنعام ((ولا تَقْتُلُوا النَّفْسَ الَتِي حَرَّمَ اللَّهُ إلا بِالْحَقِّ)).

(٣) حق النسب

حرصت الشريعة الإسلامية علي نسب الطفل لوالده وذلك مصداقا لقوله تعالي في الآية ٥ من سورة الأحزاب ((ادْعُوهُمْ لآبَائِهِمْ هُوَ أَقْسَطُ عِندَ اللَّهِ فَإِن لَّمْ تَعْلَمُوا آبَاءهُمْ فَإِخْوَانُكُمْ فِي الدِّينِ ومَوَالِيكُمْ ولَيْسَ عَلَيْكُمْ جُنَاحٌ فِيمَا أَخْطَأْتُم بِهِ ولَكِن مَّا تَعَمَّدَتْ قُلُوبُكُمْ وكَانَ اللَّهُ غَفُورًا رَّحِيمًا)). وقد نهت الشريعة علي إنكار نسب الوالد لولده وذلك لقوله صلي الله عليه وسلم ((أيما رجل جحد ولده وهو ينظر إليه احتجب الله تعالي عنه وخصمه علي رءوس الأولين والآخرين يوم القيامة)).

(٤) حق الرضاعة

أمر الإسلام برضاعة الطفل عامين كاملين حتى يشب قوي البنيان فقال سبحانه وتعالي في الآية ٢٣٢ من سورة البقرة ((والْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلادَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ لِمَنْ أَرَادَ أَن يُتِمَّ الرَّضَاعَة ، وعلى المولود له رزقهن وكسوتهن بالمعروف))، وكذلك قال الله تعالي في الآية ١٥ من سورة الأحقاف ((وحمله وفصاله ثلاثون شهراً)).

(٥) عدم التمييز بين الذكور والإناث

نهي الإسلام عن وأد الإناث الذي كان موجودا في الجاهلية وذلك في قوله تعالي في سورة التكوير ((وإِذَا المَوْءُودَةُ سُئِلَتْ * بِأَيِّ ذَنْبٍ قُتِلَتْ))، وقد وصف القرآن الكريم حال أهل الجاهلية عند ولادة الأنثى وذلك في قوله تعالي في سورة النحل ((وإِذَا بُشِّرَ أَحَدُهُم بِالأُنثَى ظَلَّ وجْهُهُ مُسْوَدًّا وهُوَ كَظِيمٌ * يَتَوَارَى مِنَ القَوْمِ مِن سُوءِ مَا بُشِّرَ بِهِ أَيُمْسِكُهُ عَلَى هُونٍ أَمْ يَدُسُّهُ فِي التُّرَابِ أَلا سَاء مَا يَحْكُمُونَ)). ولمحاربة التمييز بين الذكر والأنثى بشر رسول الله والد البنات قائلا صلوات الله وسلامه عليه ((من كانت له ثلاث بنات فصبر عليهن وسقاهن وكساهن من جِدَته (أي من ماله) كنّ له حجاباً من النار))، وكذلك قوله صلي الله عليه وسلم ((من عال جاريتين حتى تبلغا، جاء يوم القيامة أنا وهو كهاتين ـ وضم أصابعه)). وقد ورد في السيرة النبوية أن رجل كان عند النبي صلى الله عليه وآله وسلم فأُخبر بمولود رزق به، فتغيّر وجه الرّجل !! فقال له النبيّ: (ما لكَ)؟ فقال: خير، فقال: (قُل). قال: خرجت والمرأة تمخض، فأُخبرت أنّها ولدت جارية !! فقال له النبيّ صلى الله عليه وسلم: ((الأرض تقلّها، والسَّماء تظلّها، والله يرزقها وهي ريحانة تشمّها)).

(٦) الاسم الحسن للطفل

قال صلى الله عليه وآله وسلم ((استحسنوا أسماءكم فإنكم تدعون بها يوم القيامة : قم يا فلان ابن فلان إلى نورك، وقم يا فلان ابن فلان لا نور لك))، وقال أيضا ((إن من حق الولد علي الوالد أن يحسن اسمه وأن يحسن تربيته))، وقال أيضا صلوات الله وسلامه عليه ((إن أول ما ينحل أحدكم ولده الاسم الحسن ، فليحسن أحدكم اسم ولده)).

(٧) الاحتفال بقدوم الطفل

شرع لنا الدين الإسلامي الاحتفال بقدوم الطفل بذبح عقيقة وذلك كما قال رسول الله صلي الله عليه وسلم ((الغلام مرتهن بعقيقته يذبح عنه يوم السابع ويسمي ويحلق رأسه)).

(٨) حق الحضانة

يحث الإسلام علي حضانة الطفل عن طريق والديه، ولكن إن تعذر معيشتهما معا بسبب الطلاق فتسند حضانة الطفل للأم وذلك استنادا لما روي أن امرأة قالت يا رسول الله (إن هذا كان بطني له وعاء وثديي له سقاء وحجري له حواء وأن أباه طلقني وأراد أن ينزعه مني) فقال صلي الله عليه وسلم ((أنت أحق به ما لم تنكحي)).

في الحالات الخاصة التي تكون فيها أسرة الطفل غير معروفة مثل اللقطاء أو التي يتوفى فيها الأبوين ويتركا أطفال يتامى فتسند حضانة هؤلاء الأطفال للدولة حيث لا تجيز الشريعة الإسلامية التبني. فرض خليفة المسلمين عمر بن الخطاب للقيط من بيت المال ١٠٠ درهم شهريا وجعل نفقته ورضاعته من بيت مال المسلمين.

وقد حثنا الإسلام علي حسن معاملة اليتيم وذلك مصداقا لقوله تعالي في الآية ٣٦ من سورة النساء ((وبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا وبِذِي القُرْبَى والْيَتَامَى والْمَسَاكِينِ والْجَارِ ذِي القُرْبَى والْجَارِ الجُنُبِ والصَّاحِبِ بِالْجَنْبِ وابْنِ السَّبِيلِ ومَا مَلَكَتْ أَيْمَانُكُم))، وكذلك قول رسول الله ((أنا وكافل اليتيم هكذا . وأشار بالسبابة والوسطى وفرج بينهما شيئا)).

(٩) معاملة الطفل بحب وحنان واللعب معهم

يحثنا رسول الله صلي الله عليه وسلم علي مداعبة الأطفال واللطف مع الأبناء وذلك كما ورد في السيرة النبوية الشريفة فعن جابر بن سمرة قال: صليت مع رسول الله صلاة الظهر ثم خرج إلي أهله وخرجت معه فاستقبله وِلْدَانٌ فجعل يمسح خدي أحدهم واحدا واحدا، قال: وأما أنا فمسح خدي. وعن أبي هريرة أن الأقرع بن حابس أبصر النبي يقبل الحسن فقال: إن لي عشرة من الولد ما قبلت واحدا منهم، فقال رسول الله ((إنه من لا يرحم لا يرحم)). وعن معاوية بن أبي سفيان أن رسول الله صلي الله عليه وسلم قال ((من كان له صبي فليتصاب له)). وعن جابر قال: دخلت على النبي وهو يمشي على أربعة وعلى ظهره الحسن والحسين رضي الله عنهما وهو يقول صلوات الله وسلامه عليه ((نعم الجمل جملكما، ونعم العدلان أنتما)). ويحثنا رسول الله علي منح الأطفال جرعات كبيرة من الحركة والنشاط في اللعب وذلك كما قال ((عرامة الصبي في صغره زيادة في عقله في كبره)).

(١٠) حق النفقة

كفل الإسلام للطفل مصاريف نفقاته من والديه ذلك مصداقا لقوله تعالي في الآية ٢٣٣ من سورة البقرة ((وعَلَى المَوْلُودِ لَهُ رِزْقُهُنَّ وكِسْوَتُهُنَّ بِالْمَعْرُوفِ))، وقوله تعالي في الآيتين السادسة والسابعة من سورة الطلاق ((فَإِنْ

أَرْضَعْنَ لَكُمْ فَآتُوهُنَّ أُجُورَهُنَّ وأْتَمِرُوا بَيْنَكُم بِمَعْرُوفٍ وإن تَعَاسَرْتُمْ فَسَتُرْضِعُ لَهُ أُخْرَى * لِيُنفِقْ ذُو سَعَةٍ مِّن سَعَتِهِ ومَن قُدِرَ عَلَيْهِ رِزْقُهُ فَلْيُنفِقْ مِمَّا آتَاهُ اللَّهُ))، وكذلك ما ورد عن رسول الله صلواته وسلامه عليه فيما روي عن عائشة رضي الله عنها ((أن هند بنت عتبة قالت: يا رسول الله إن أبا سفيان رجل شحيح وليس يعطيني ما يكفيني وولدي إلا ما أخذت منه وهو لا يعلم فقال خذي ما يكفيك وولدك بالمعروف))، وقوله ((أفضل الدنانير دينار ينفقه الرجل علي عياله)). إذا كان والدي الطفل معسرين فإن نفقته تجب علي أقاربه وبعدهم دافعي الزكاة وذلك مصداقا لقوله تعالي في الآية ٢٦ من سورة الإسراء ((وآتِ ذَا القُرْبَى حَقَّهُ)) وقوله أيضا ((ابدأ بنفسك فتصدق عليها فإن فضل شيء فلأهلك فإن فضل عن أهلك شيء فلذي قرابتك فإن فضل عن ذي قرابتك شيء فهكذا وهكذا))، وقوله ﷺ ((ليس الجهاد أن يضرب الرجل بسيفه في سبيل الله تعالي، وإنما الجهاد من عال والديه وعال ولده فهو في جهاد ومن عال نفسه فكفها عن الناس فهو في جهاد))، ويحذرنا الرسول أيضا من عدم الإنفاق علي أولاده وزوجته قائلا ((كفي بالمرء إثما أن يضيع من يعوله)). كذلك قوله ﷺ ((دينار أنفقته في سبيل الله ودينار أنفقته في رقبة، ودينار تصدقت به علي مسكين، ودينار أنفقته علي أهلك، أعظمها أجراً الذي أنفقته علي أهلك))، وقوله ﷺ ((كلكم راع وكلكم مسئول عن رعيته)).

(١١) حق التربية

من أهم مقاصد الشريعة الإسلامية حسن تربية الطفل ليشب علي النهج القويم ويصبح إضافة لمجتمعه في العطاء لا عالة عليه. وقد وردت آيات التربية في مواضع عدة مثل قوله تعالي في الآيات ١٣: ١٩ من سورة لقمان ((وإذْ قَالَ لُقْمَانُ لابْنِهِ وهُوَ يَعِظُهُ يَا بُنَيَّ لا تُشْرِكْ بِاللَّهِ إنَّ الشِّرْكَ لَظُلْمٌ عَظِيمٌ * ووَصَّيْنَا الإنسَانَ بِوَالِدَيْهِ حَمَلَتْهُ أُمُّهُ وهْنًا عَلَى وهْنٍ وفِصَالُهُ فِي عَامَيْنِ أَنِ اشْكُرْ لِي ولِوَالِدَيْكَ إلَيَّ المَصِيرُ * وإن جَاهَدَاكَ عَلَى أَن تُشْرِكَ بِي مَا لَيْسَ لَكَ بِهِ عِلْمٌ فَلا تُطِعْهُمَا وصَاحِبْهُمَا فِي الدُّنْيَا مَعْرُوفًا واتَّبِعْ سَبِيلَ مَنْ أَنَابَ إلَيَّ ثُمَّ إلَيَّ مَرْجِعُكُمْ فَأُنَبِّئُكُم بِمَا

كُنتُمْ تَعْمَلُونَ * يَا بُنَيَّ إِنَّهَا إِن تَكُ مِثْقَالَ حَبَّةٍ مِّنْ خَرْدَلٍ فَتَكُن فِي صَخْرَةٍ أَوْ فِي السَّمَوَاتِ أَوْ فِي الأَرْضِ يَأْتِ بِهَا اللَّهُ إِنَّ اللَّهَ لَطِيفٌ خَبِيرٌ * يَا بُنَيَّ أَقِمِ الصَّلاةَ وأْمُرْ بِالْمَعْرُوفِ وانْهَ عَنِ المُنكَرِ واصْبِرْ عَلَى مَا أَصَابَكَ إِنَّ ذَلِكَ مِنْ عَزْمِ الأُمُورِ * ولا تُصَعِّرْ خَدَّكَ لِلنَّاسِ ولا تَمْشِ فِي الأَرْضِ مَرَحًا إِنَّ اللَّهَ لا يُحِبُّ كُلَّ مُخْتَالٍ فَخُورٍ * واقْصِدْ فِي مَشْيِكَ واغْضُضْ مِن صَوْتِكَ إِنَّ أَنكَرَ الأَصْوَاتِ لَصَوْتُ الحَمِيرِ)).

وقد وردت العديد من الأحاديث الشريفة التي تحث علي تربية الأبناء مثل قوله صلي الله عليه وسلم ((ما نحل والد ولده نحلا أفضل من أدب حسن))، وقوله أيضا ﷺ ((حق الولد علي والده أن يعلمه كتاب الله عز وجل والسباحة والرمي))، وقوله أيضا ﷺ ((أكرموا أولادكم وأحسنوا أدبهم)). وكذلك قوله ﷺ ((مروا أبناءكم بالصلاة لسبع سنين واضربوهم عليها لعشر سنين وفرقوا بينهم في المضاجع))، وقوله ﷺ ((كلكم راع وكلكم مسئول عن رعيته ، فالرجل راع في بيته ومسئول عن رعيته)).

وقد أوصي رسول الله ﷺ عبد الله بن عباس قائلا ((يا غلام إني أعلمك كلمات احفظ الله يحفظك، احفظ الله تجده تجاهك، إذا سألت فاسأل الله، وإذا استعنت فاستعن بالله، واعلم أن الأمة لو اجتمعت علي أن ينفعوك بشيء لم ينفعوك إلا بشيء قد كتبه الله لك ولو اجتمعوا علي أن يضروك بشيء لم يضروك إلا بشيء قد كتبه الله عليك، رفعت الأقلام وجفت الصحف)).

<u>(١٢) حق التعليم</u>

من أهم مقاصد الشريعة الإسلامية هو التعليم ولقد كانت أول آية نزلت في القرآن الكريم تحث علي القراءة وهي في الآيات ١:٥ من سورة العلق ((اقْرَأْ بِاسْمِ رَبِّكَ الَّذِي خَلَقَ * خَلَقَ الإنسَانَ مِنْ عَلَقٍ * اقْرَأْ ورَبُّكَ الأَكْرَمُ * الَّذِي عَلَّمَ بِالْقَلَمِ * عَلَّمَ الإنسَانَ مَا لَمْ يَعْلَمْ))، ثم توالت الآيات القرآنية التي تحث علي العلم وتوضح قيمة التعلم مثل قوله تعالي في سورة القلم ((ن والْقَلَمِ ومَا يَسْطُرُونَ)) وقوله تعالي

في سورة الرحمن ((الرَّحْمَنُ * عَلَّمَ القُرْآنَ * خَلَقَ الإنسَانَ * عَلَّمَهُ البَيَانَ)). وقد أوضح القرآن الكريم أن المتعلم له منزلة وشأن أكبر عند الله من غير المتعلم حيث قال سبحانه وتعالي في الآية ١١ من سورة المجادلة ((يَرْفَعِ اللَّهُ الَذِينَ آمَنُوا مِنكُمْ والَّذِينَ أُوتُوا العِلْمَ دَرَجَاتٍ))، وقوله تعالي في الآية التاسعة من سورة الزمر ((قُلْ هَلْ يَسْتَوِي الَذِينَ يَعْلَمُونَ والَّذِينَ لا يَعْلَمُونَ))، وقوله تعالي في الآية ٢٤٧ من سورة البقرة ((قَالَ إنَّ اللَّهَ اصْطَفَاهُ عَلَيْكُمْ وزَادَهُ بَسْطَةً فِي العِلْمِ والْجِسْمِ واللَّهُ يُؤْتِي مُلْكَهُ مَن يَشَاءُ واللَّهُ واسِعٌ عَلِيمٌ))، وقوله تعالي في الآية ١١٤ من سورة طه ((وقُل رَّبِّ زِدْنِي عِلْماً)).

وقد حفلت السنة النبوية الشريفة بالعديد من الأحاديث الشريفة التي تحث علي العلم وتوضح قيمة التعلم مثل قوله ﷺ ((من خرج في طلب العلم كان في سبيل الله حتى يرجع))، وقوله أيضا ((طلب العلم فريضة علي كل مسلم)). كذلك قال أبو الدرداء أنه سمع رسول الله يقول ((من سلك طريقا يطلب فيه علما سلك الله به طريقا إلي الجنة، وإن الملائكة لتضع أجنحتها رِضًا لطالب العلم، وإنه لَيَسْتَغْفِرُ للعالم من في السموات والأرض حتى الحيتان في الماء، وفضل العالم علي العابد كفضل القمر علي سائر الكواكب، إن العلماء هم ورثة الأنبياء لم يرثوا دينارا ولا درهما وإنما ورثوا العلم فمن أخذه أخذ بحظ وافر)). ولقد كان رسول الله ﷺ هو أول من طبق محو الأمية تطبيقا عمليا حين قرر إطلاق سراح بعض أسري غزوة بدر من قريش بعد تعليم أطفال المسلمين القراءة والكتابة)).

وإذا نظرنا إلي الآيتين ٢٧ ، ٢٨ من سورة فاطر لوجدنا إن العلم في مفهوم القرآن الكريم لا يقتصر علي العلوم الدينية فقط بل يشمل أيضا شتي فروع العلوم الدنيوية الأخرى وذلك مصداقا لقوله تعالي ((أَلَمْ تَرَ أَنَّ اللَّهَ أَنزَلَ مِنَ السَّمَاءِ مَاءً فَأَخْرَجْنَا بِهِ ثَمَرَاتٍ مُّخْتَلِفًا أَلْوَانُهَا ومِنَ الجِبَالِ جُدَدٌ بِيضٌ وحُمْرٌ مُّخْتَلِفٌ أَلْوَانُهَا وغَرَابِيبُ سُودٌ * ومِنَ النَّاسِ والدَّوَابِّ والأَنْعَامِ مُخْتَلِفٌ أَلْوَانُهُ كَذَلِكَ إنَّمَا يَخْشَى اللَّهَ مِنْ عِبَادِهِ العُلَمَاءُ إنَّ اللَّهَ عَزِيزٌ غَفُورٌ)).

(١٣) عدم الاعتداء علي الأطفال وقت الحروب

كان رسول الله ﷺ يقول لقواد الجيوش ((انطلقوا باسم الله وبالله وعلي ملة رسول الله ولا تقتلوا شيخا فانيا ولا طفلا ولا صغيرا ولا امرأة)). وكذلك أوصي أبو بكر الصديق يزيد قائلا له: لا تقتل امرأة، ولا صبيا، ولا هرماً، وأوصي أيضا بعدم قتل الرهبان في الصوامع. وأيضا أوصي عمر بن الخطاب جيشه قائلا: لا تقتلوا امرأة، ولا صبيا ولا شيخ هما أي كبيرا.

(١٤) حق الميراث والمحافظة علي أموال الطفل

قال تعالي في سورة النساء ((يوصيكُمُ اللهُ في أولادكُم للذّكر مثلُ حظّ الأنثيين)). أعطت الشريعة الإسلامية الطفل الحق في الميراث متي ولد حيا وثبت إنه صرخ أو بكي أو تحرك بعد الولادة وذلك لقول رسول الله ﷺ ((إذا استهل المولود ورث)) وفي رواية أخري ((لا يرث الصبي حتى يستهل صارخا)).

وقد اهتمت الشريعة الإسلامية اهتماما خاصا بالمحافظة علي مال اليتيم لقوله سبحانه وتعالي في الآية ٣٤ من سورة الإسراء ((ولا تَقْرَبُوا مَالَ اليَتِيمِ إلا بِالَّتِي هِيَ أَحْسَنُ حَتَّى يَبْلُغَ أَشُدَّهُ))، وقوله تعالي في الآية ١٠ من سورة النساء ((إن الذين يأكلون أموال اليتامى ظلما إنما يأكلون في بطونهم نارا وسيصلون سعيرا))، وقوله سبحانه وتعالي أيضا في الآية ٦ من سورة النساء ((وابْتَلُوا اليَتَامَى حَتَّى إذَا بَلَغُوا النِّكَاحَ فَإِنْ آنَسْتُم مِّنْهُمْ رُشْدًا فَادْفَعُوا إِلَيْهِمْ أَمْوَالَهُمْ)). وقد أمرنا الرسول الاتجار في أموال اليتامى ((ألا من ولي يتيما له مال فليتجر فيه ولا يتركه حتى تأكله الصدقة)). وقد نهانا الرسول عن أكل مال اليتيم واعتبرها من الموبقات السبع.


الفصل الثاني
ضرب الطفل
بغرض التأديب

الفصل الثاني

ضرب الطفل بغرض التأديب

الإيذاء البدني بغرض التأديب

الإيذاء البدني بغرض التأديب هو الضرب الذي يقع من الأبوين أو ممن لهم سلطة تربية الطفل مثل المدرس بقصد تقويم سلوكيات الطفل وتأديبه وتعليمه. كانت معظم التشريعات في مختلف دول العالم تتيح الإيذاء البدني بغرض التأديب ولكن في الربع الأخير من القرن العشرين أنقسم العالم إلي فريقين: فريق يبيح الإيذاء البدني، وفريق آخر يجرم الإيذاء البدني بغرض التأديب. الجدول التالي يوضح الفروق بين ضرب الطفل وتأديب الطفل:ـــ

ضرب الطفل	تأديب الطفل
يعبر عن الغضب والعدوانية	يعبر عن الحب والعاطفة
يخرس الطفل	يعلم الطفل الصواب من الخطأ
يعلم الطفل أن القرارات في يد الآباء والمشرفين علي الطفل	يعلم الطفل إيجاد الخيارات الصحيحة ويعده للاستقلال برأيه
كل القوة تكون في يد الآباء مع عدم الاحترام للأبناء	تقوم علي توازن القوة بين الآباء والأبناء والاحترام المتبادل
تتضمن إذلال للطفل	لا تتضمن إذلال للطفل
تتطلب إخضاع الطفل	لا تتطلب إخضاع الطفل

تشير الإحصائيات إلي تعرض مئات الآلاف من الأطفال يومياً للضرب بهدف التأديب أو بهدف التعذيب. كان ولا زال الضرب والإيذاء البدني من أهم وسائل تأديب الأطفال وهو يحدث بموافقة مجتمعية في معظم الثقافات

العالمية القديمة والحديثة. لو نظرنا إلي قدماء المصريين لوجدناهم يعتقدون أن الإله توت رب التعليم والمعرفة قد انزل علي الأرض عصا التأديب، وكذلك كان الرومان والإغريق يؤمنون بالعقاب في التربية مما ذهب بأحد خطباء الرومان بالقول أن للأب الحق في أن يأمر بموت أبنه إذا استعصي عليه إصلاح هذا الابن. بل إن الديانات السماوية أوصت بالعقاب والضرب كوسيلة للتأديب.

هذه الموافقة المجتمعية الناشئة من ثقافات الشعوب تجعل القائمين بضرب أبنائهم أو بضرب الأطفال المسئولين عن تربيتهم لا يعاقبون قانونا علي ذلك. هذا الأمر لا ينطبق علي المجتمعات النامية فقط بل إن عدم عقاب القائمين علي الضرب ظل معمولاً به حتى أواخر الستينات من القرن العشرين في معظم الدول الأوروبية. حتى بعد صدور قوانين تجرم ضرب الأبناء فإن الإيذاء البدني للأبناء مازال مستمراً.

إذا كانت سائر القوانين والتشريعات الدولية تحث علي توفير حماية للإنسان عموماً من انتهاك حرمة جسده، فإن المنطق يؤكد أن الطفل في حاجة إلي حماية جنائية خاصة أكثر من الشخص البالغ لأن ضعف بنيان الطفل لا يمكنه من الدفاع عن نفسه ويجعله فريسة سهلة للاعتداء عليه. وهذا ما يؤكده الواقع العملي فالطفل هو الأكثر تعرضاً للاعتداء منذ القدم.

<u>الإسلام وضرب الطفل بغرض التأديب</u>

إن المتأمل في جوهر السيرة النبوية يجد أفعال وأقوال الرسول ﷺ تأمرنا بتوفير العطف والحنان والحب والتربية الصحيحة للأبناء فقد قال رسول الله ﷺ ((ليس منا من لم يرحم صغيرنا ويوقر كبيرنا)) وذلك ليحثنا علي الرحمة في التعامل مع الأطفال، وقال أيضاً ((من كان له صبي فليتصابي له))

ذلك حتى يحنو الآباء علي أبنائهم ويلعبوا معهم تعبيراً عن الحنان وحسن معاملة الأطفال. لذلك روي عن عائشة رضي الله عنها قالت: جاء أعرابي إلى النبي ﷺ فقال: تقبلون الصبيان؟ قال: نعم، فقال: لكنا والله ما نقبلهم، فقال النبي ﷺ : ((أو أملك أن نزع الله من قلبك الرحمة)).

وقد كانت أفعال الرسول الكريم جميعها تدل علي هذا العطف والحنان فقد روي أسامة بن زيد رضي الله عنه قال: كان رسول الله ﷺ يأخذني فيقعدني علي فخذه، ويقعد الحسن علي فخذه الأخرى ثم يضمهما، ثم يقول: ((اللهم أرحمهما فإني أرحمهما)). وكان رسول الله من شدة اهتمامه بالأطفال يسرع من الانتهاء من الصلاة عند سماع بكاء طفل فقال ﷺ ((إني لأدخل في الصلاة وأنا أريد إطالتها فأسمع بكاء الصبي فأتجوز في صلاتي مما أعلم من شدة وجد أمه من بكائه)). ووصف رسول الله ﷺ النساء بالخير في حالة حنانهم علي أطفالهم فقال:((نساء قريش خير نساء ركبن الإبل، أحناه علي طفل وأرعاه علي زوج في ذات يده)). وكان صلوات الله وسلامه عليه يمازح الأطفال ويلعب معهم فقد روي يعلي بن مرة الثقفي رضي الله عنه قال: كنا مع رسول الله ﷺ فدعينا إلي طعام، فإذا الحسين يلعب في الطريق مع صبيان، فأسرع رسول الله ﷺ يضاحكه حتى أخذه فجعل احدي يديه في ذقنه والأخرى بين رأسه وأذنيه ثم عانقه وقبله ثم قال: ((حسين مني وأنا من حسين، أحب الله من أحب حسينا، حسين سبط من الأسباط)). ومما يؤكد لعبه مع الأطفال ﷺ فقد كان يَصُفُّ (أي يجعلهم يقفون صفا) عبد الله وعبيد الله وكثيراً بني العباس رضي الله عنهم ثم يقول: ((من سبق إليّ فله كذا وكذا))، قال فيستبقون إليه فيقعون علي ظهره وصدره فيقبلهم ويلزمهم.

في فتوى للشيخ عبد العزيز آل الشيخ مفتي السعودية عن إيذاء الأطفال قال ((أن الأب هو المسئول عن تربية أبنائه وتأديبهم وقت الخطأ وتوجيههم، ولا يجوز التدخل في شأن الأب مع أولاده اللهم إلا إذا بلغ الأمر حداً من إهمال الأب والتفريط. وصار الأب ذا أخلاق منحرفة يخشى منه أن ينشأ الأولاد علي تلك الأخلاق الفاسدة، أو كانت له تصرفات جنونية من ضرب مبرح يخشى من آثاره السيئة، أو فقد الأب الحنان والشفقة، فلولي الأمر عند حدوث هذه الحالة القصوي أن يتصرف بما يراه مناسبا)).

أي إن الناظر إلي الشريعة الإسلامية يجدها أباحت للوالدين والقائمين علي تربية الطفل ضرب الطفل ضرباً خفيفاً غير مبرح وذلك بعد استنفاذ الوسائل الأخرى لتعديل سلوك الطفل، ولكن الشريعة الإسلامية لم تبح الضرب الذي يحدث الضرر بالطفل. هذه الإباحة للضرب الخفيف الذي لا يزيد عن الضرب بالسواك لأقل من عشر ضربات جعلت جميع الدول الإسلامية تترك الحبل علي الغارب للوالدين والقائمين علي تربية الطفل ليفعلوا بالطفل ما يشاءوا تحت مسمي تأديب الطفل، ولذلك فإن معظم الدول الإسلامية لم تسن قوانين لعقاب المعتدي علي الطفل، ولم توفر سبل حماية كافية للطفل ضد عنف والديه تجاهه. إننا في حاجة ماسة لسن قوانين تعاقب مرتكب إساءة معاملة الأطفال، وإيجاد البدائل المناسبة لفصل الأبناء المعتدي عليهم عن المعتدين حماية لهم من تكرار الإيذاء. إن وضع ضوابط ومعايير لتعريف الإيذاء ثم وضع القوانين المعاقبة علي هذا الفعل من شأنها أن تقلل من هذا العنف الموجه للأطفال حتى ينعم الطفل بطفولة هادئة ينشأ بعدها رجلا صحيح النفس والبدن ليصبح فرداً منتجاً صالحاً في المجتمع،

لأن العنف ضد الطفل سيجعله في المستقبل عنيفاً مع أبنائه وندخل في دائرة مفرغة من العنف.

جاء في المادة السابعة من إعلان القاهرة حول حقوق الإنسان في الإسلام الصادر عام ١٩٩٠م عن منظمة المؤتمر الإسلامي أن ((للآباء، ومن في حكمهم، الحق في اختيار نوع التربية التي يريدونها لأبنائهم مع وجوب مراعاة مصلحتهم ومستقبلهم في ضوء القيم الأخلاقية والأحكام الشرعية)).

<u>الشروط التي حددها علماء الشريعة لضرب التأديب</u>

(١) خروج الطفل عن السلوكيات القويمة أو تقصيره في تحصيل دروسه.

(٢) توافر صفة خاصة فيمن يباشر حق التأديب وهم الأب والمعلم ورب العمل والمخدوم. الأب يشمل كل من لهم ولاية علي نفس الطفل وهم الأب والجد والعم والولي والوصي الذي قد يكون الأم أو الغير. معلم الطفل له حق التأديب متى أذن الأب في ذلك، وإن كان التشريع المصري الآن يجرم الضرب في المدارس والمعاهد التعليمية. كذلك يملك حق التأديب رب العمل والمخدوم.

(٣) أن يكون الطفل دون سن البلوغ وألا يقل عمره عن عشر سنوات.

(٤) أن يكون المقصود من الضرب هو التأديب والإصلاح، وألا يتعداه إلي التعسف والأضرار.

(٥) التزام التدرج في التأديب، أي يشترط أن يتم تعليم الطفل السلوك القويم أولاً ليعلم ما يجب عليه فعله. فإذا خرجت تصرفاته عن هذا السلوك القويم وجب توجيهه سراً إلي خطأ تصرفه، فإذا تكرر خروجه عن هذا السلوك القويم يغلظ بالقول جهراً أو يضرب ضربا خفيفاً بما يتناسب مع درجة الخطأ.

ويري علماء الشريعة أن الضرب ليس هو الحل الوحيد لتقويم الطفل فقد يستقيم أمر الطفل بالكلام اللين والتوجيه والإرشاد وقد يقوم بالتوبيخ واللوم أمام أصحابه، وقد يقوّمه الضرب الخفيف.

إذا كان حال الطفل لا ينصلح إلا بالعقاب فيجب التدرج فيه كما يلي:ــ

(أ) رفع العصا أو أداة العقاب في مكان ظاهر ليراه الطفل فيبتعد عن الوقوع في الخطأ خوفاً من العقاب بهذه الأداة وذلك لقوله صلي الله عليه وسلم ((علقوا السوط حيث يراه أهل البيت فإنه أدب لهم)).

(ب) شد أذن الطفل ودليل ذلك ما ورد في حديث الرسول ﷺ الذي رواه عبد الله بن يسر المازني قال ((بعثتني أمي إلي رسول الله بقطف من عنب فأكلت منه قبل أن أبلغه إياه، فلما جئت أخذ بأذني وقال ياغدر)).

(ج) أن يكون الضرب باليد أو بعصا خفيفة مثل السواك.

(د) أن يكون الضرب غير مبرح بحيث لا يشق جلداً ولا يكسر عظما ولا يشوه الطفل.

(هـ) تجنب ضرب الرأس والوجه والمواضع الخطيرة من الجسم لقوله ﷺ ((إذا ضرب أحدكم أخاه فليتجنب الوجه والفرج)).

(و) ألا يتجاوز الضرب عشر ضربات لقوله صلي الله عليه وسلم ((لا يجلد أحد فوق عشر جلدات إلا في حد من حدود الله)).

القوانين الوضعية وضرب الطفل بغرض التأديب

إباحة الضرب بغرض التأديب

معظم التشريعات العربية تبيح الضرب للأبناء بغرض التأديب وذلك استناداً إلي الشريعة الإسلامية التي تعطي الوالدين والمشرفين علي تربية الأطفال وتعليمهم حق التأديب ولم تجرم الضرب، بل إن الفقهاء يروا أن تأديب الأطفال ليس مجرد حق لهؤلاء وإنما هو واجب عليهم. استند الفقهاء

في ذلك إلي بعض الأحاديث النبوية الشريفة مثل قوله ﷺ ((مروا الصبي بالصلاة إذا بلغ سبع سنين فإذا بلغ عشر سنين فاضربوه عليها))، وحثه ﷺ للآباء علي تأديب أبنائهم في قوله ((لأن يؤدب الرجل ولده خيراً له من أن يتصدق بصاع))، وقوله ((ما نحل والد والده نحلة أفضل من أدب حسن يفيده إياه أو جهل قبيح يكفه عنه ويمنعه منه)).

أقرت المذاهب الفقهية الأربعة ضرب الآباء لأبنائهم بغرض التأديب، وكان الخلاف بين الفقهاء حول حق الوالي أو المدرس في الضرب بغرض التعليم أو التأديب حيث اشترط الشافعية ضرورة حصول المعلم علي إذن من الولي لضرب الابن علي تقصيره في العلم والحفظ.

التشريع المصري

أقر التشريع المصري حق الأب والمعلم ورب العمل ضرب الطفل بغرض التأديب حيث نصت المادة ٦٠ من قانون العقوبات ((لا تسري حكم قانون العقوبات علي كل فعل ارتكب بنية سليمة عملاً بحق مقرر بمقتضي الشريعة)). بعد ذلك جرم المشرع المصري الضرب في المدارس من قبل المدرس حتى لو كان بهدف التعليم، ولكنه لم يجرم التأديب من قبل الأب أو رب العمل أو المخدوم.

التشريع السوري

تنص المادة ١٥ من قانون العقوبات السوري علي أنه ((يجيز القانون ضروب التأديب التي ينزلها بالأولاد آباؤهم وأساتذتهم علي نحو ما يبيحه العرف العام)).

التشريع الكويتي

تنص المادة ٢٩ من القانون الجزائي علي أنه ((لا جريمة إذا وقع الفعل استعمالاً لحق التأديب من شخص يخول له القانون هذا الحق، بشرط التزامه حدوده واتجاه نيته إلي مجرد التهذيب)).

تشريع دبي

تنص المادة ١٢ من تشريع دبي لسنة ١٩٧٠م علي أنه ((يجوز للآباء إنزال ضروب التأديب المعقولة بأبنائهم علي نحو يبيحه العرف العام لغايات التقويم، كما يجوز لمديري المدارس والمعلمين والأشخاص الموكل إليهم بصورة مشروعة رعاية تلاميذ أو متدربين استعمال ضروب التأديب اللازمة للتقويم والمحافظة علي النظام ضمن المعقول وعلي النحو الذي يبيحه العرف العام ولكن ليس أبعد من ذلك)).

تشريع أبو ظبي

تنص المادة١٢/ج من قانون عقوبات أبو ظبي علي أنه ((لا يعتبر مرتكبا جريمة الوالد والوصي والمعلم في كل ما له صلة بتأديب أو تنشئة قاصر أقره موكل لهم)).

تجريم الضرب بغرض التأديب

نصت المادة السابعة من الاتفاقية الدولية للطفل الصادرة من الأمم المتحدة عام ١٩٦٦ علي تجريم تعذيب الطفل من قبل الوالدين، أو من قبل أي شخص له دور في الأسرة. كذلك نصت المادة ١٩ من اتفاقية حقوق الطفل الصادرة عام ١٩٨٩م علي:

(١) تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير التشريعية والإدارية والاجتماعية والتعليمية الملائمة لحماية الطفل من كافة أشكال العنف أو الضرر أو الإساءة البدنية أو العقلية والإهمال أو المعاملة المنطوية على إهمال، وإساءة المعاملة أو الاستغلال، بما في ذلك الإساءة الجنسية، وهو في رعاية الوالد (الوالدين) أو

الوصي القانوني (الأوصياء القانونيين) عليه، أو أي شخص آخر يتعهد الطفل برعايته.

(٢) ينبغي أن تشمل هذه التدابير الوقائية، حسب الاقتضاء، إجراءات فعالة لوضع برامج اجتماعية لتوفير الدعم اللازم للطفل ولأولئك الذين يتعهدون الطفل برعايتهم، وكذلك للأشكال الأخرى من الوقاية، ولتحديد حالات إساءة معاملة الطفل المذكورة حتى الآن والإبلاغ عنها والإحالة بشأنها والتحقيق فيها ومعالجتها ومتابعتها وكذلك لتدخل القضاء حسب الاقتضاء.

تشريعات الدول التي تجرم الإيذاء البدني بغرض التأديب انقسمت إلي اتجاهين وهما:.

(١) اتجاه يعاقب مرتكب الإيذاء البدني للطفل بغرض التأديب مثل قواعد الإيذاء البدني العادي لأي شخص آخر.

(٢) اتجاه يشدد العقوبة علي مرتكب الإيذاء البدني للطفل بغرض التأديب بعقوبة أشد من عقوبة مرتكب الإيذاء البدني العادي لأي شخص آخر.

<u>أولا:. التشريعات التي لا تشدد العقوبة</u>

هذه التشريعات تمثل غالبية التشريعات علي مستوي العالم، وتشمل:ـــ

<u>(١) التشريع المصري</u>

تنص المادة ٢١ من القانون رقم ٢١٠ لسنة ١٩٥٣م بشأن تنظيم التعليم الابتدائي، والمادة رقم ٤٨ من القانون رقم ٢١١ لسنة ١٩٥٣م بشأن التعليم الثانوي علي ((العقوبات البدنية ممنوعة ويحدد وزير المعارف العمومية بقرار منه نوع العقوبات التي يجوز توقيعها ومن له حق توقيعها)). أي إن التشريع المصري جرم الاعتداء البدني للمدرس علي تلاميذه بغرض تعليمهم.

<u>(٢) التشريع السعودي</u>

أصدرت وزارة المعارف السعودية عام ١٩٩٦م قراراً بمنع ضرب التلاميذ في جميع مراحل التعليم.

(٣) التشريع البلجيكي

كانت المادة ١٤ من قانون العقوبات تعاقب الوالدين أو متبني الطفل أو أي شخص له سلطة حق تأديب الطفل عقاباً مشدداً حتى عام ١٩١٢م حيث جرم التشريع البلجيكي الإيذاء البدني للطفل حتى لو كان بغرض التأديب، ولكنه تعامل مع ضرب الأطفال كالبالغين دون تشديد (أي ألغي تشديد العقوبة الذي كان قائما).

(٤) التشريع السويدي

كان التشريع السويدي يبيح ضرب الطفل من قبل الوالدين بقصد التأديب حتى عام ١٩٧٥م ولكن بعد ذلك جرم الإيذاء البدني للطفل ولكنه أخضعه لقواعد الضرب أو الجرح العادية للبالغ.

ثانيا: التشريعات التي تشدد العقوبات

هذه التشريعات توجد في عدد قليل من الدول مثل فرنسا حيث تنص المادة ٣١٢ عقوبات المعدلة بالقانون رقم ١٩٨١/٨٢م علي تشديد العقاب متى كان الجاني هو الأب أو الأم أو أحد الأصول أو أحد الأشخاص الذين لهم سلطة علي الطفل حيث تم مضاعفة العقاب إلي ضعف الحد الأقصى للحبس ليصل إلي عشر سنوات بدلا من ٢-٥ سنوات للبالغ إذا نجم عن الضرب أو الجرح مرض أو عجز يزيد عن ثمانية أيام. أيضاً تم تشديد العقوبة لتصل إلي الأشغال الشاقة المؤبدة إذا أدي الاعتداء إلي عاهة مستديمة أو قتل غير عمدي بدلا من ١٠-٢٠ سنة في حالة الاعتداء علي الطفل من قبل شخص غير الوالدين أو من لهم سلطة علي الطفل.

كذلك فقد أقر المشرع الكويتي في المادة ١٦٧ من قانون العقوبات الكويتي عقوبة حبس رب الأسرة مدة لا تتجاوز عشر سنوات وغرامة لا تتجاوز عشرة آلاف روبية أو بإحدى هاتين العقوبتين في حالة تعرض الطفل لأذى بسبب الإهمال في العناية به.


الفصل الثالث
معدل حدوث
إيذاء الأطفال

الفصل الثالث

معدل حدوث إيذاء الأطفال

بالرغم من صعوبة مرحلة نمو الأطفال فإن معظم الأطفال يجتازوا تلك المرحلة بسلام من خلال رعاية وحب آبائهم. لكن بعض الأطفال بدلا من الحب والرعاية قد يتعرضوا للأذى والإهمال من آبائهم أو القائمين علي رعايتهم وهو ما يعرف بإيذاء الأطفال. هذا الإيذاء قد يحدث مرة واحدة للطفل أو عدة مرات ويأخذ صوراً مختلفة.

إيذاء الأطفال هو سوء معاملة الأطفال أو الإهمال من الأبوين أو أحدهما أو القائمين علي رعايتهم مما يؤدي لحدوث أضرار أو إصابات ليست ناجمة عن حوادث عرضية بالطفل ولا يمكن تفسيرها منطقيا. صور إيذاء الأطفال تشمل:ـــ

(١) الإيذاء البدني **Physical abuse**

(٢) الإيذاء النفسي **Emotional abuse**

(٣) الإيذاء الجنسي **Sexual abuse**

(٤) الإهمال **Neglect**

تاريخ ظاهرة إيذاء الأطفال

ربما تكون ظاهرة إيذاء الأطفال قديمة قدم البشرية ورغم ذلك لم يُعترف بها إلا حديثاً. ويمكن أن توجد تفسيرات ظاهرة إيذاء الطفل في الوثائق التاريخية وكذلك في حكايات الجن والأساطير، ومع ذلك لم يتم وصفها والحديث عنها وتداولها إلا في أواخر القرن التاسع عشر علي يد العالم تارديو. ولم تنتبه دول العالم جديا لها إلا في منتصف القرن العشرين حينما سُنت قوانين حماية الأطفال ومنذ ذلك الوقت، أصبحت ظاهرة إيذاء وإهمال الطفل بأي صورة إهانة إجرامية في كل ولايات الولايات المتحدة، وفي معظم – إن لم يكن كل – الدول الغربية.

يعود تاريخ وصف متلازمة ضرب الطفل بقسوة (**battered child syndrome**) إلي منتصف القرن العشرين تقريبا، بالرغم من إن العلامات التقليدية

للمتلازمة وصفها تارديو عام ١٨٦٠م لكنه لم يحدد لها أسماً. البداية الحقيقية لوصف هذه المتلازمة كانت في مقال نشره **John Caffey** عام ١٩٤٦م بعنوان ((الكسور المتعددة في العظام الطويلة للأطفال الذين يعانوا من نزيف مزمن تحت الأم الجافية)) حيث وصف حالة ستة أطفال يتراوح أعمارهم بين أسبوعين وعام يعانوا من نزيف مزمن تحت الأم الجافية مع وجود ٢٣ كسرا في العظام الطويلة لهؤلاء الأطفال الستة ولم يستطع **Caffey** تحديد سبب هذه الكسور بالرغم من أنه استبعد الأسباب المرضية لهذه الكسور، ثم توالي الاهتمام الشديد بالمتلازمة. في عام ١٩٥٣م أكد **Silverman** ضرورة الحصول علي التاريخ الاصابي بعناية للأطفال الذين يشاهدون بهذه الكسور حتى لو كانت رواية الآباء تنفي حدوث الإصابات من البداية، وعندما بدأ يأخذ التاريخ الاصابي بعناية فقرر له الآباء أن الأبن سقط من يده أو أن الأب وقع علي السلم وهو يحمل الطفل. لم يصدق **Silverman** هذه الروايات التي سمعها، وأكد أن هناك عامل فردي يعرض بعض الأطفال لهذه الإصابات. في عام ١٩٦٢م عرف **Kempe** وزملائه متلازمة ضرب الطفل بقسوة تعريفا شاملا، وحمل الأطباء مسئولية تشخيص الحالة من خلال الإصابات المتكررة. هناك مسميات عديدة لمتلازمة ضرب الطفل بقسوة فهي قد يطلق عليها إيذاء الأطفال أو إصابات الطفل غير العرضية (غير المقصودة) أو اضطهاد الطفل أو إساءة معاملة الطفل (**child abuse**). أياً كان المسمي فإنه يمكن تعريف إيذاء الطفل بأنه معاناة الطفل من إصابات جسدية متكررة من قبل الأهل أو القائمين علي رعاية الطفل (الحاضنين).

بالرغم من وجود هذا التعريف لإيذاء الطفل المقبول الآن إلي حد ما عالمياً إلا إنه ما يزال مختلف عليه ومثار جدل بسبب بعض الفوارق المجتمعية والدينية بين دول العالم المختلف، فما قد يعتبر إيذاء للطفل في دولة ما قد يكون مقبولاً علي إنه تأديب للطفل في دولة أخري. بل إن هذا الاختلاف والجدل لا يثور بين الدول

المختلفة فقط بل قد يحدث داخل الدولة الواحدة، وأيضا عبر الأزمنة المختلفة، فما يطلق عليه الآن إيذاء الطفل في بريطانيا كان يسمي تأديباً في العصر الفيكتوري.

في الولايات المتحدة بدأ التداول الطبي لعبارة متلازمة ضرب الطفل بقسوة عام ١٩٦٢م وأقرت كل الولايات الأمريكية قوانين تفوض بالإبلاغ عن حالات إيذاء الأطفال المشتبه فيها عام ١٩٧٦م.

الإحصائيات العالمية

العنف ضد الأطفال داخل الأسرة يحدث بخصوصية شديدة داخل الأسرة، ولذلك فهو أقل أنواع العنف اكتشافا بالرغم من شيوعه في كل المجتمعات علي حد سواء. لذلك فإنه من الصعب التوصل إلي العدد الحقيقي لحالات إيذاء الأطفال نظرا لخصوصية مكان العنف (المنزل)، ولعدم إدراك الطفل الصغير لطبيعة العنف الواقع عليه، أو لخوفه من الإبلاغ عن هذا العنف، بالإضافة لكونه مقبولا كوسيلة لتأديب الأبناء في العديد من ثقافات ودول العالم.

تشير الدراسات إلي أن غالبية أعمال العنف التي يعاني منها الأطفال يرتكبها أشخاص يشكلون جزءا هاما من حياتهم مثل الآباء والأمهات، وأزواج الأمهات أو زوجات الآباء، وزملاء الدراسة والمدرسون. وتؤكد الدراسات الواردة من جميع مناطق العالم أن ٨٠ـ٩٨% من الأطفال يعانوا من العقوبة البدنية في منازلهم، وأكثر من ثلث هؤلاء يعانوا من العقوبة البدنية القاسية باستخدام أدوات. ووفقا لإحصائيات منظمة الصحة العالمية فإن ما يقرب من ٥٣٠٠٠ طفل قتلوا في عام ٢٠٠٢م علي مستوي العالم في جرائم جنائية ضد الأطفال.

منذ إنشاء بنك المعلومات الوطني في بداية السبعينيات من القرن الماضي في الولايات المتحدة فإن الإبلاغ عن حالات إيذاء الأطفال في تصاعد مستمر. في السبعينيات كان متوسط عدد الحالات التي تم الإبلاغ عنها حوالي ٧٠٠ ألف حالة سنوياً حتى تخطت حاجز الثلاثة ملايين حالة في بداية الألفية الجديدة. بالرغم من هذا العدد الكبير للإبلاغ عن الحالات إلا أن البعض يري أن حجم الظاهرة أكبر

من ذلك بكثير بسبب عدم الإبلاغ عن عدد كبير من الحالات لأسباب مختلفة منها عدم تدريب أطباء الأطفال علي تشخيص تلك الحالات أو لصعوبة تمييز حالات إيذاء الأطفال عن حالات الإصابات التي تحدث عرضياً للطفل أثناء لعبه. يقول العلماء إن تشخيص الإيذاء غير المميت للطفل يسمح بتدخل السلطات مما يمنع حوالي ٦٠% من تكرار الاعتداء علي الطفل وتؤدي إلي خفض نسبة وفيات الأطفال المعتدي عليهم بنسبة ١٠%.

تشير الدراسات الأمريكية إلي الإبلاغ عن تعرض ٣.٢٥ مليون طفل للإيذاء أو الإهمال عام ٢٠٠١م في أنحاء الولايات المتحدة الأمريكية بزيادة قدرها ٢% عن عام ٢٠٠٠م. تمت ٥٦% من هذه البلاغات علي يد المدرسين والأخصائيين الاجتماعيين والأطباء. تأكد من خلال الفحوص أن حوالي ١.١ مليون طفل قد تعرض بالفعل للإيذاء أو الإهمال. تشير هذه الدراسات الأمريكية أن نسبة صور إيذاء الأطفال كانت عام ٢٠٠١م كالتالي:ــــ

* الإهمال بنسبة ٦٣%.
* الإيذاء الجسدي بنسبة ١٩%.
* الإيذاء الجنسي بنسبة ١٠%.
* الإيذاء النفسي بنسبة ٨%.

هذه الدراسات تشير إلي أن إيذاء الأطفال أو الإهمال أدت إلي وفاة ٢٠٠٠ طفل في الولايات المتحدة الأمريكية عام ٢٠٠١م أي بمعدل يتراوح ما بين ٥ – ٦ أطفال يومياً. أظهرت هذه الدراسات أن ٨٥% من هذه الوفيات حدثت لأطفال يقل عمرهم عن ست سنوات، وأن ٤٤% من هذه الوفيات حدثت لأطفال تقل أعمارهم عن عام واحد.

أيضاً أظهرت هذه الدراسات أن ٦٠% من الجناة من الإناث ومتوسط أعمارهن عند ارتكاب الجريمة ٣١ سنة، وأن ٤٠% من الجناة من الذكور ومتوسط أعمارهم ٣٤ سنة. كذلك تشير هذه الدراسات إلي أن ٨٤% من حالات إيذاء أو

إهمـال الأطفـال تمـت علـي يـد الأبـوين، وأن الأم مـسئولة عـن ٤٧% مـن حالات الإهمال ومسئولة عن ٣٢% من حالات الإيذاء البدني. تساءلت هذه الدراسـة عن السبب الذي يدفع الآبـاء أو القـائمين علـي رعايـة الأطفـال إلـي تعمد إحداث الضرر بالأطفال، وأكدت أن ذلك ربما يرجع إلي التأديب المفرط أو العقاب الجسدي الذي لا يتناسب مع عمر الطفل حيث تري هذه الدراسـة أن الآباء ببساطة قد لا يكونوا مدركين لشدة القوة التي يتم ضرب الطفل بها حيث أن معظم الآباء يودون أن يكونوا آباء جيدين ولكنهم قد يفقدوا السيطرة علـي أنفسهم ولا يستطيعوا التوائم مـع الحدث. العوامـل المشاركة فـي إيذاء الأطفال تشمل:ـــ

* عدم نضج الآباء.
* نقص مهارات الأبوة.
* التوقعات غير الواقعية للآباء عن قدرات وسلوكيات أبنائهم.
* الانعزال الاجتماعي.
* الأزمات العائلية المتكررة.
* إدمان الكحول والمخدرات.

في عام ٢٠٠٢م تم الإبلاغ عن تعرض ٢,٦ مليون طفل للإيذاء أو الإهمال في الولايات المتحدة، وثبت أن حوالي ٨٩٦ ألف طفل هم ضحايا فعليين للإيذاء أو الإهمال وهو ما يمثل حوالي ٢٤٥٠ طفل يوميا. بفحص هذه الحالات الإيجابية وجد الإهمال يمثل حوالي ٦٠%، وأن الإيذاء البدني يمثل حوالي ٢٠%، وأن الإيذاء الجنسي يمثل حوالي ١٠%، ويمثل الإيذاء النفسي حوالي ١٠%. تشير هذه الإحصائية إلي وفاة ١٤٠٠ طفل عام ٢٠٠٢م من جراء هذا الإيذاء بمعدل حوالي أربعة أطفال يوميا. تؤكد هذه

الإحصائية عدم وجود أية مجموعات عرقية من الأطفال أو أي جنس من الجنسين محصن ضد الإيذاء والإهمال حيث وجد أن ٥٤% من الضحايا كانوا من الأمريكيين البيض، وأن حوالي ٢٦% كانوا من الأمريكيين الأفارقة، وأن ١١% كانوا من أمريكا اللاتينية. أظهرت هذه الدراسة أيضا أن ٤١% من الضحايا كان عمرهم يقل عن عام واحد، وأن ٧٦% كان عمرهم يقل عن أربع أعوام.

تشير الإحصائيات الأمريكية إلي انخفاض عدد الأطفال الذين تعرضوا للإيذاء أو الإهمال عام ٢٠٠٦م حيث هبط العدد إلي ٩٠٥ ألف طفل بعد أن تجاوز حاجز مليونين ونصف عام ٢٠٠٢م.

في دراسة أجراها المركز الوطني للإدمان وإساءة استعمال العقاقير بالولايات المتحدة الأمريكية، أظهرت أن معدل إيذاء الأطفال يتضاعف ثلاثة مرات، وأن معدل الإهمال يتضاعف أربعة مرات للآباء مدمني الكحول والمخدرات مقارنة بأبناء الآباء غير مدمني الكحول والمخدرات. وتشير دراسة أخري أن ٥٠% إلي ٨٠% من كل حالات إيذاء الأطفال ترتبط بدرجة ما لاستعمال الآباء للكحول أو المخدرات.

الإحصائيات المصرية

أصدر مركز الأرض لحقوق الإنسان التقرير رقم (٧٠) الذي يصدره ضمن سلسلة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية بهدف رصد العنف الموجه ضد الأطفال خلال النصف الأول من عام ٢٠٠٩م من خلال الأخبار المنشورة عن الأطفال في بعض الصحف المصرية. اعتمد التقرير على منهج تحليل مضمون الأخبار التي تنشرها الصحف للتعرف على جرائم العنف الموجه للأطفال، والمشكلات التي يعانوا منها، بالإضافة لمعرفة

تقريبية لحجم العنف الذي يتعرضون له ونوع مرتكبيه وعلاقتهم بالأطفال ومهنتهم وقد أظهر التقرير ما يلي:ـ

* بلغت جملة حالات العنف الموجهة ضد الأطفال (٢٧٤) جريمة أدت إلى قتل ووفاة (١٤٩) طفل.

* بلغت الاعتداءات الجنسية على الأطفال خارج أو داخل الأسرة والمدرسة (٤٨) حالة.

* بلغت الاعتداءات البدنية على الأطفال (٩) حالات تعدى.

* بلغت حالات العنف الأسرى (٤٥) حالة.

* بلغت جملة حالات الإهمال في الرعاية الاجتماعية والصحية والتعليمية والغذائية (٨٠) حالة.

* حالات استغلال الأطفال قد بلغت (٧) حالات.

* بلغت حالات بيع الأطفال (٦) حالات

* بلغت حوادث قتل الأطفال العمد (١٠) حالات.

* جرائم خطف الأطفال بلغت (٢٥) حالة

* حوادث الطرق والحوادث الأخرى المتنوعة التي لم تندرج تحت أي من التقسيمات السابقة (٤٠) حالة.

ويظهر **القسم الأول من التقرير أهم مظاهر العنف الأسرى** والتي بلغت (٤٥) حادثة عنف من الأسرة إلي الطفل وأدت إلي قتل (٣٦) طفل، ويرجع عنف الأسرة للأطفال لأسباب منها: عدم امتثاله لأوامر أحد أفراد أسرته، أو لتبوله لا إراديا، أو لبكائه المستمر، أو إرضاء للزوجة الثانية، أو للانتقام من الطفل لجريمة ارتكبها احد أفراد أسرته في حق آخرين، أو بدعوى التأديب، أو لصعوبة الإنفاق عليه، أو لقيامه بالسرقة، أو تكرار التغيب عن المنزل، أو

الخروج بدون إذن، أو الهروب من المدرسة، أو التغيب عن العمل، أو الشك في السلوك، أو نتيجة لإنجابه من علاقة آثمة، أو رفض الأب الاعتراف بالمولود، أو كره الأب لإنجاب البنات، أو الإصابة بمرض نفسي، وبعضها يرجع لأسباب مجهولة.

كان أكثر القائمين بالعنف من النساء هم ربات منزل فبلغ عددهن (١٧) ربة منزل وعاملة وخادمة. أما عدد الذكور القائمين بالعنف فبلغ عددهم (٣٠) ذكر منهم (٨) عمال، و(٣) موظفين، وبائعين للخردة ومزارعين، وسائقين، وميكانيكيين، وحارس خاص، وبقال، وبائع سمك، ونقاش، ونجار، وسروجي سيارات، ولم يذكر عمل الباقين.

بلغت حالات القتل الناتج عن العنف تجاه الأطفال (٣٦) جريمة كان الأب فيها مرتكب لـ (٢١) جريمة قتل لأبنائه، والأم لـ (١٢) جريمة قتل لأبنائها، مصاحب لها زوجها في جريمة أخرى. كما ارتكب جرائم القتل للأطفال من الأسرة كلا من زوجة الأب وزوج الأم في جريمة واحدة فقط.

يرصد القسم الثاني من التقرير **الانتهاكات الجنسية** التي تعرض لها الطفل والتي بلغت جملتها (٤٨) حالة تعدى سواء من داخل الأسرة أو من المدرسة أو من المجتمع فقد تم رصد:ـــ

* (٧) جرائم تعدى جنسي على الأطفال داخل الأسرة منهم ثلاثة حالات للخال الذي اعتدى على ابنة شقيقته وحالتين لكل من آباء لأبنائهم وحالتين لزوج الأم لابنة زوجته.

* وتم رصد (١٦) حالات اعتداء جنسي داخل المدرسة وكانت من قبل مدرسين أو عاملين بالمدرسة فبلغ عدد الإناث المعتدى عليهن (١٠) إناث، في حين كان عدد الذكور (٦) ذكور.

* أما الاعتداءات الجنسية الواقعة على الأطفال من المجتمع فقد بلغت (٣٥) جريمة وقد تنوعت هذه الجرائم ما بين التحرش الجنسي والشروع في هتك العرض والاغتصاب والقتل. فبلغت جرائم الاعتداء الجنسي (٣٣) حادثة، في حين بلغت حوادث القتل المقترنة بالاعتداء الجنسي حادثتين. وكان القائمون بالعنف الجنسي هم (٦) عاطلين، (٥) سائقين، (٥) عمال، (٣) بائعين، وطالبين، ومزارع، وطبيب، وشيال وصاحب محل، ولاعب، وموظف، واسترجي، ونقاش، وميكانيكي، ومدرس، وبواب، ولم يذكر عمل الباقين.

* وجدت (٨) جرائم اعتداء جنسي على الأطفال جماعية (قام بالاعتداء الجنسي على الطفل أكثر من فرد).

* مما سبق يتضح أن هناك حالات تعرضت للاعتداء الجنسي في أكثر من مكان: أي في المدرسة والمنزل، أو في المدرسة والمجتمع.

القسم الثالث من التقرير يرصد **جرائم قتل الأطفال العمد** التي وصلت إلى (١٠) جرائم، وكانت لأسباب متنوعة أبرزها بدافع الاعتداء والسرقة بالإكراه أو للخلافات بين الجيران أو لطلب الفدية أو بهدف الانتقام من احد أفراد الأسرة أو بسبب لعب الأطفال مع بعضهم البعض. وكان أكثر القائمين بالعنف هم من الذكور فبلغ عددهم (٦) منهم عاملين وطالبين ولم يذكر عمل للباقين. أما عدد الإناث المرتكبة للعنف فبلغن (٤) سيدات منهن (٣) ربات منازل وطالبة.

يبين القسم الرابع للتقرير **حالات الإهمال في حقوق الأطفال الاجتماعية والصحية والتعليمية والغذائية** والتي بلغت (٨٠) حالة إهمال أدت إلى وفاة (٣٤) طفل نتيجة الإهمال في حقوقه، وكانت لأسباب متنوعة منها:

* غياب الرعاية من جانب الوالدين كسقوط الطفل من شرفة منزله أو الغرق في الترع وغيرها،

* أو غياب الرعاية من جانب المسئولين بالدولة كسقوط الأطفال في بالوعات الصرف الصحي،

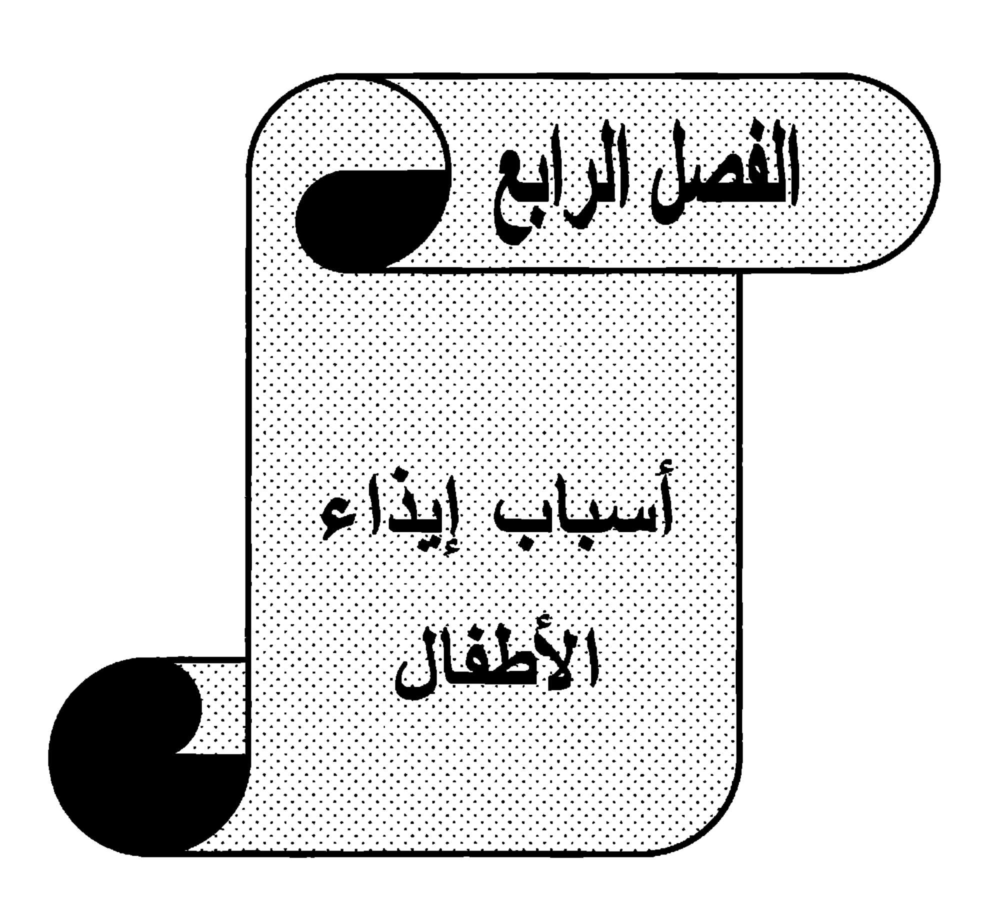
* أو نتيجة لتعسف دور الأيتام أو بتحريض من الأم.

كانت مهن القائمين بالإهمال هم المقاولين والموظفين والمسئولين والعمال والطلاب والمزارعين وأفراد أمن ومربيات ولم يذكر عمل الباقين منهم.

* بلغت حالات الإهمال في حقوق الأطفال في الرعاية الصحية (١٢) حادثة ويرجع ذلك إلى عدة أسباب منها الإهمال الطبي وسوء الرعاية الطبية من جانب الأطباء والممرضات والإهمال في العلاج وفساد المسئولين أو بسبب الحقن بطريقة خاطئة أو التطعيم بجرعات زائدة أو استخدام السرنجات الملوثة أو بسبب التشخيص الخاطئ. وكان أكثر القائمين بالإهمال هم أطباء وطبيبات وممرضات ومسئولين ودايات.

* أما الإهمال في الرعاية التعليمية فقد بلغ (٣١) حادثة وكان بسبب تعسف وفساد مسئولي المدارس وغياب الرعاية من جانب المدرسين والمسئولين عن هذه المدارس. وقد أسفر الإهمال عن نتائج منها الإصابة والوفاة بجانب المضاعفات النفسية وقد بلغت حوادث الإصابة البدنية والنفسية والإصابة بالذعر والإحباط والتسمم (٢٩) حادثة، بينما كانت حوادث الوفاة حادثتين. وبلغ عدد مرتكبي الإهمال (٥٤) ذكر و(١٥) أنثى.

* أما الإهمال في الرعاية الغذائية فقد بلغ حادثتين وكان بسبب عدم صرف الألبان المدعمة للأطفال الرضع لاختفائها من داخل مستشفيات وزارة الصحة، أو بسبب تناول وجبات فاسدة.


الفصل الرابع
أسباب إيذاء
الأطفال

الفصل الرابع

أسباب إيذاء الأطفال

منذ بداية المعرفة العالمية بإيذاء الأطفال عام ١٩٤٦م علي يد كافي ثم بداية التعامل معها عام ١٩٦٢م بعد أن أصبحت الظاهرة أكثر وضوحاً علي يد هنري كامبي وسيلفرمان، فإن كل العلماء أكدوا إنه من الصعب تحديد سبب وحيد مسئول عن إيذاء الأطفال، وأن هناك عوامل كثيرة تشترك معاً في إحداث إيذاء الأطفال وليس عاملاً واحداً، وأنها تختلف من حالة لأخرى، ولذلك قام العلماء بتقسيمها إلي عدة عوامل رئيسية وهي:ـــ

(١) عوامل مرتبطة بمحدث الإيذاء (المعتدي).

(٢) عوامل مرتبطة بأسرة الطفل المعتدي عليه.

(٣) البيئة المحيطة.

(٤) عوامل مرتبطة بالطفل المعتدي عليه.

أولاً:ـ العوامل المرتبطة بمحدث الإيذاء (المعتدي)

هناك من يصنف العوامل المرتبطة بمحدث الإيذاء إلي قسمين وهما العوامل العامة والعوامل الخاصة. العوامل الخاصة تشمل تعرض المعتدي ذاته للإيذاء في طفولته، وتعاطي المعتدي للكحول والمخدرات، والاضطرابات النفسية للمعتدي.

العوامل الخاصة المرتبطة بمحدث الإيذاء

(١) تعرض المعتدي ذاته للإيذاء في طفولته

يري العديد من العلماء أن من أهم العوامل الدافعة لإيذاء الأطفال أن يكون المعتدي قد تعرض للإيذاء أثناء طفولته وهو ما يحدث به بعض الاضطرابات النفسية تجعله معتدياً علي أبنائه في المستقبل، وقد قرر بعض

العلماء أن معدل حدوث إيذاء الأطفال علي يد المعتدي الذي تعرض في طفولته للإيذاء تزيد عشرين ضعفاً عن معدلها علي يد الشخص البالغ الذي لم يتعرض للإيذاء في طفولته. ويفسر البعض ذلك ليس بسبب الاضطرابات النفسية التي تحدث بالطفل عند تعرضه للإيذاء مما يدفعه لأن يكون جاني في المستقبل، ولكنهم يفسرونه بأن العدوان سلوك متعلم فعندما يتم الاعتداء علي الطفل وهو صغير فإنه سيتعلم العدوان ويستخدمه مع أبنائه في المستقبل. هذا الاتجاه تؤيده نظرية التحليل النفسي لفرويد التي تري أن الآباء الذين تعرضوا للإيذاء يمارسون الإيذاء علي أبنائهم في المستقبل نتيجة دوافع لا شعورية. البعض الآخر يري أن اعتياد الطفل علي الضرب في طفولته يجعله يشعر أن العدوان علي طفله في المستقبل هو الأسلوب الأمثل لتربية الطفل وليس فعلا خاطئا. لكن ليس كل متعرض للإيذاء في طفولته سيكون معتدي علي الأطفال في المستقبل فقد أكدت احدي الدراسات أن أكثر من ثلث الأمهات اللاتي تعرضن للإيذاء في طفولتهن لا يمارسن الإيذاء علي أبنائهن، بل إنهن يعاملونهم معاملة جيدة. كذلك فإن هناك العديد من المعتدين علي الأطفال لم يتعرضوا للإيذاء أثناء مرحلة الطفولة.

(٢) تعاطي الكحول والمخدرات

تعاطي وإدمان الكحول والمخدرات يؤثر علي سلوك المتعاطي بشكل كبير وعادة يدفعه لأن يكون شخصا عنيفاً وقد يصل به إلي حد ارتكابه للجرائم. هذا العنف في سلوك مدمن الكحول والمخدرات من شأنه أن يجعله عنيفاً مع زوجته وأبنائه وبالتالي تزيد فرصة حدوث إيذاء الأطفال بمعدل كبير من قبل المتعاطين والمدمنين.

تشير الدراسات الأمريكية إلي أن الآباء الذين يجتمع فيهم العاملين السابقين وهما تعرضهم للإيذاء أثناء فترة الطفولة وأيضا يتعاطوا الكحول والمخدرات هم أكثر الآباء إحداثا لإيذاء الأطفال.

تشير الإحصائيات الأمريكية أن هناك حوالي ١٤ مليون أمريكي مدمن تعاطي كحوليات، وأن هناك حوالي ١٢ مليون أمريكي مدمن تعاطي مخدرات وعقاقير الإدمان. وتؤكد الإحصائيات الأمريكية أن حوالي ٦.٦ مليون طفل أمريكي يعيشون في منزل به أحد الأبوين مدمن تعاطي كحول، وهناك عدد يقترب من ذلك لأطفال يعيشون في منزل به أحد الأبوين مدمن مخدرات وعقاقير الإدمان.

أثبتت الأبحاث الأمريكية الحديثة أن هناك ارتباط وثيق بين إيذاء الأطفال وإدمان تعاطي الكحول والمخدرات حيث تشير نتائج هذه الأبحاث أن ٤٠% من حالات إيذاء الأطفال المؤكدة هم أطفال لآباء أدمنوا تعاطي الكحول والمخدرات، وهو ما يساوي حوالي ٤٨٠ ألف طفل أمريكي سنوياً يعيشون في منزل به أب أو الأبوين يدمنوا تعاطي الكحول والمخدرات. وقد أظهرت هذه الأبحاث أن أهم صور الإيذاء في هؤلاء الأطفال هي الإهمال يليه الإيذاء النفسي حيث يعاني هؤلاء الأبناء من مشاكل صحية بدنية وعقلية ونفسية مقارنة بالأطفال الذين يعيشون في منزل ليس به أب مدمن.

إدمان الكحول والمخدرات يقلل التحكم في النفس ويزيل موانع التثبيط مما يجعل المدمن مندفع ومتهور ويسلك سلوكا عنيفا وعدوانيا تجاه الآخرين وخاصة الأبناء، ويظهر ذلك علي الأبناء علي شكل اضطرابات سلوكية. إن زيادة الضغط النفسي للأب المدمن الناتج من انشغاله بالإدمان عندما يتحد مع اضطرابات الابن السلوكية عادة يصاحبه زيادة في إيذاء الطفل. كذلك فإن

انشغال الأب المدمن بالإدمان يؤدي إلي نقص أو عدم الاهتمام بتنشئة وتربية الطفل من جهة الأب المدمن، ويؤدي كذلك إلي مشاكل وخلافات شديدة بين الأبوين مما يجعل الطفل يفقد نموذج الأب الذي يقتدي به ويعيش في جو مشحون ومتوتر باستمرار. فقدان الطفل للأب القدوة وللأب المرشد لأبنه يدفع بالطفل للعزلة. هذه العزلة بدورها تؤدي إلي الاكتئاب والقلق والتوتر العصبي وقلة احترام الذات، وأحيانا يشعر الأبناء بالذنب ومسئوليتهم عن إدمان الآباء.

(٣) الاضطرابات النفسية والعاطفية والعقلية

هناك من يري أن عدم النضج النفسي الفسيولوجي للآباء هو أحد أسباب ارتكابهم لإيذاء الأطفال مثل عدم القدرة علي مواجهة التعرض للضغوط وضعف القدرة علي حل المشكلات أو سهولة الاستثارة العاطفية مما يجعل هذا الأب أكثر تفاعلاً مع أي مثيرات من الطفل، ولذلك فإن رد فعله يكون عنيف ولا يتناسب مع مستوي جرم أو إثارة الطفل. كذلك فإن القصور العقلي مثل محدودية التفكير والأمراض العقلية والقصور العاطفي للوالدين يعتبروا من الأسباب الدافعة لإيذاء الأطفال. كذلك فإن الاضطراب السلوكي الحاد مثل النقص في المهارات والاعتماد علي الآخرين والقسوة والعدوانية كلها عوامل دافعة لإيذاء الأطفال. وأيضا فإن الاضطرابات النفسية للأب مثل الاكتئاب أو التوتر أو الضغوط النفسية مما تدفع بالأب لاتخاذ سلوك عدواني نحو ابنه.

علي أية حال فإن قدرة المعتدين علي التحكم في الأفعال أو الاستثارة عادة تكون ضعيفة جدا، ولذلك فالمعتدي لا يفكر في عواقب الأمور ويرتكب جريمة إيذاء الطفل وهو في قمة انفعاله مما قد يحدث إصابات خطيرة

بالطفل التي قد تصل لإحداث الوفاة في بعض الحالات. إن معظم الدراسات تتفق علي أن مواصفات المعتدي في حالات إيذاء الأطفال هي:

* الفقر.
* الأمية أو انخفاض مستوي التعليم أو انخفاض مستوي الذكاء.
* غياب أحد الأبوين.
* إدمان الكحول والمخدرات.
* العزلة والوحدة والعدائية.
* الاكتئاب والقلق.
* فقدان الثقة في الآخرين والشعور برفض الآخرين لهم.

العوامل العامة المرتبطة بمحدث الإيذاء

(١) حدد بوبانسكي **popansky** وديسوكز **desoix** وشارلن **sharlin** عام ١٩٨١ صفات الأم التي تهمل أبنائها بأنها:-

* أم تنشغل بتوافه الأمور وتافهة وسلبية.
* أم مندفعة ومتهورة وطائشة.
* أم متخلفة عقليا.
* أم لديها اكتئاب تفاعلي.
* أم مصابة بالذهان.

(٢) صغر سن الوالدين، فالوالدين الأصغر سناً هما الأكثر احتمالاً لإيذاء الأطفال لعدم نضجهم.

(٣) في دراسة أجراها فنكيلور **finkelhor** في عام ١٩٨٤م حدد صفات مرتكبي الإيذاء الجنسي من البالغين علي الأطفال الإناث اللاتي يقل عمرهن عن ١٢ عاماً في الولايات المتحدة الأميركية بأنهم:ـ

* من الذكور.
* عادة يكون زوج أم الطفلة.

* عاش بدون أم أو لم يكن علي علاقة جيدة بأمه.
* لم تصل أمه إلي مرحلة التعليم الثانوي.
* كانت أمه تُكَرِّهه في الجنس فتقول له مثلا أن الجنس قذر.
* ليس لديه تعلق عاطفي بوالديه.
* دخل أسرته السنوي يقل عن عشرة آلاف دولار أمريكي.
* كان لديه صديق أو صديقان في طفولته فقط بدلاً من أن يكون له خمسة أصدقاء علي الأقل.

(٤) أجري ايجلاند **egeland** دراسة علي ٢٦٧ أم أمريكية عام ١٩٨٨م وتوصل إلي أن هناك بعض الصفات التي إذا توفر بعضها أو معظمها في الأم تصبح أكثر ممارسة لإيذاء أبنائها، وهي:ـ

* تعرض الأم للإيذاء في طفولتها.
* تعاني الأم من مشاكل في علاقتها مع زوجها.
* حاجة الأم الاقتصادية والنفسية والعاطفية غير مشبعة.
* تعاني من الفقر.
* تعاني من الكثير من ضغوط الحياة.
* نقص خبرتها لوعي وإدراك الطفل وعلاقتها معه.
* ليس لديها الاهتمام والحماس لإنجاب الأطفال.
* ليست مستعدة لاستقبال الطفل.
* ليس لديها إحساس بأهمية دور الوالدين في حياة أبنائهم.

<u>ثانيا: العوامل المرتبطة بأسرة الطفل المعتدي عليه</u>

هناك دراسات عديدة تشير إلي بعض صفات الأسر التي تكون أكثر ممارسة لإيذاء الأبناء، ومن هذه الصفات:ـ

(١) كبر حجم الأسرة وكثرة عدد الأطفال فيها

يري الكثير من الباحثين إنه كلما زاد عدد الأطفال داخل الأسرة زادت فرصة حدوث إيذاء الأطفال في هذه الأسرة.

(٢) بناء الأسرة

العديد من الباحثين توصلوا إلي إن وجود أحد الأبوين فقط مسئولاً عن تربية الطفل يجعل الطفل أكثر عرضة للإيذاء عن الطفل المتواجد في أسرة يجمعها الأبوين معاً. وعلي ذلك فالأبوين المنفصلين بالطلاق أو بسبب عمل الزوج خارج البلاد أو بسبب وفاة أحد الوالدين يكون طفلهما أكثر عرضة للإيذاء.

(٣) العلاقة الزوجية المضطربة

هناك من يري أن الخلافات الشديدة وعدم التفاهم والعنف المنزلي والتوتر بين الأبوين الذين يعيشون معاً يجعل طفلهما أكثر عرضة للإيذاء. كذلك تشير الدراسات إلي أن الأسرة الأقل تماسكا والمختلة وظيفيا يكون طفلها أكثر عرضة للإيذاء الجنسي.

(٤) العزلة الاجتماعية

يري بعض الباحثين أن الأسر المنعزلة اجتماعياً عن المجتمع المحيط بها تزيد نسبة إيذاء الأطفال فيها، وذلك لعدم وجود دعم اجتماعي خارجي.

(٥) عمر الأبوين

تشير معظم نتائج الدراسات إلي تزايد احتمالات تعرض الطفل للإيذاء إذا كان عمر أحد الأبوين أو كليهما أقل من ١٨ سنة.

(٦) المستوي التعليمي للأبوين

أمية أحد الأبوين أو كليهما، وكذلك انخفاض المستوي التعليمي لأحد الأبوين أو لكليهما يؤدي إلي قلة معرفة هذا الأب بدوره المطلوب في تربية الطفل تربية سليمة تتفق مع مراحل عمره المختلفة وعدم توقع التطور الطبيعي لشخصية الطفل مما يزيد من فرصة تعرض طفلهما للإيذاء. بالرغم من أن دراسات كثيرة تؤكد هذا

الافتراض، إلا أن هناك دراسات أخري تؤكد أن إيذاء الأطفال يحدث بين كل المستويات التعليمية للآباء سواء كانت عالية أو متوسطة أو أدني من ذلك.

(٧) انخفاض المستوي الاقتصادي للأسرة

البطالة وقلة دخل الأسرة المادي يصاحبهما عدم القدرة علي إشباع حاجة أفراد الأسرة وذلك من شأنه أن يؤدي إلي زيادة معدل تعرض أطفال هذه الأسرة إلي الإيذاء. يحدث الإيذاء في هذه الحالات لسببين، **الأول**: هو التوتر والضغوط النفسية التي يتعرض لها الأبوين لعدم قدرة دخلهم المادي علي تلبية احتياجات الأسرة مما يؤدي إلي عدم قدرة الأبوين علي تحمل بعض التصرفات التي تصدر عن أطفالهم فيكون رد فعلهم عنيفا تجاه أطفالهم في مواقف لا تستحق مثل رد الفعل هذا. **الثاني**: هو أن قلة الدخل يؤدي إلي إهمال الطفل الذي قد يتطور إلي الإيذاء. أكدت احدي الدراسات الأمريكية أن الأسر التي يقل دخلها عن ١٥ ألف دولار أمريكي (كان ذلك عام ١٩٩٩م) يصل فيها معدل إيذاء الأطفال إلي ١٢ ضعف للأسرة ذات الدخل الأعلى من ذلك. هذا لا يمنع من وجود حالات إيذاء للأطفال في الأسر ذات المستوي الاقتصادي والاجتماعي المرتفع.

ثالثا: العوامل المرتبطة بالبيئة المحيطة

يقصد بالبيئة المحيطة هي المجتمع المتواجد فيه الطفل. فعلي سبيل المثال فإن كل المجتمعات العربية مازالت تري أن استخدام العنف مع الأبناء بغرض التربية أمر لا غضاضة فيه وهو ما يسمح بتفشي هذه الظاهرة. بينما في المجتمعات الغربية منذ منتصف الستينات من القرن الماضي أصبح هناك تيار متنامي لمواجهة هذه الظاهرة أسفر عن زيادة التوعية المجتمعية وزادت الضغوط التي أدت إلي سن القوانين التي تعاقب مرتكب الإيذاء وتوفير الحماية اللازمة للأطفال.

أيضا تشمل عوامل البيئة الداعمة للإيذاء التواجد في العشوائيات وهي مناطق تتصف بنقص الخدمات الأساسية كالسكن والكهرباء والمياه النظيفة والصرف

صحي والوظيفة المناسبة والتعليم مما يجعل أهل هذه المناطق يشعرون بالظلم وعدم المساواة بباقي أفراد المجتمع، إضافة إلي معاناتهم من الفقر والبطالة مما يجعلهم يميلون إلي العنف سواء داخل الأسرة أو فيما بينهم أو مع باقي أفراد المجتمع عموما.

تشير الإحصائيات العالمية أن درجة خطورة الإيذاء المميتة تزيد ٣.٢ أضعاف في المجتمعات ذات الدخل المنخفض والمتوسط عنها بالمجتمعات ذات الدخل المرتفع. أيضا تزيد معدلات إيذاء الأطفال في المجتمعات التي تتسم بسوء عدالة توزيع الدخول بين أفراد الشعب، أي تتسم بتفاوت صارخ بين ناس يعيشون في القصور وآخرين يعيشون في القبور.

رابعا: العوامل المرتبطة بالطفل المعتدي عليه

(١) عمر الطفل

تشير الدراسات الأمريكية إلي أن متوسط أعمار حالات الأطفال الذين يتعرضون للإيذاء بصفة عامة هو ٧ سنوات. لكن لوحظ إنه بالنسبة لحالات إهمال الأطفال فإن ٥١% من الأطفال المهملين كان يقل عمر الأطفال فيها عن ٥ سنوات، وأن ٣٤% من الأطفال المهملين كان يقل عمر الأطفال فيها عن سنة واحدة.

تشير الإحصائيات العالمية أن الرضع والأطفال الصغار الذين يقل عمرهم عن خمس سنوات يتعرضون للإيذاء ضعف تعرض الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٥ . ١٤ سنة.

أما بالنسبة للإيذاء الجنسي فقط لوحظ أن متوسط أعمار الأطفال الذين تعرضوا للإيذاء الجنسي يتراوح بين ٧ – ١٢ عاماً، بينما لوحظ أن متوسط أعمار ٣٢% من الأطفال الذين تعرضوا للإيذاء البدني يتراوح بين ١٢ – ١٧ عاماً. أما لحالات الإيذاء النفسي فقد لوحظ إنه كلما زاد عمر الطفل زادت فرصة تعرضه للإيذاء النفسي.

(٢) جنس الطفل

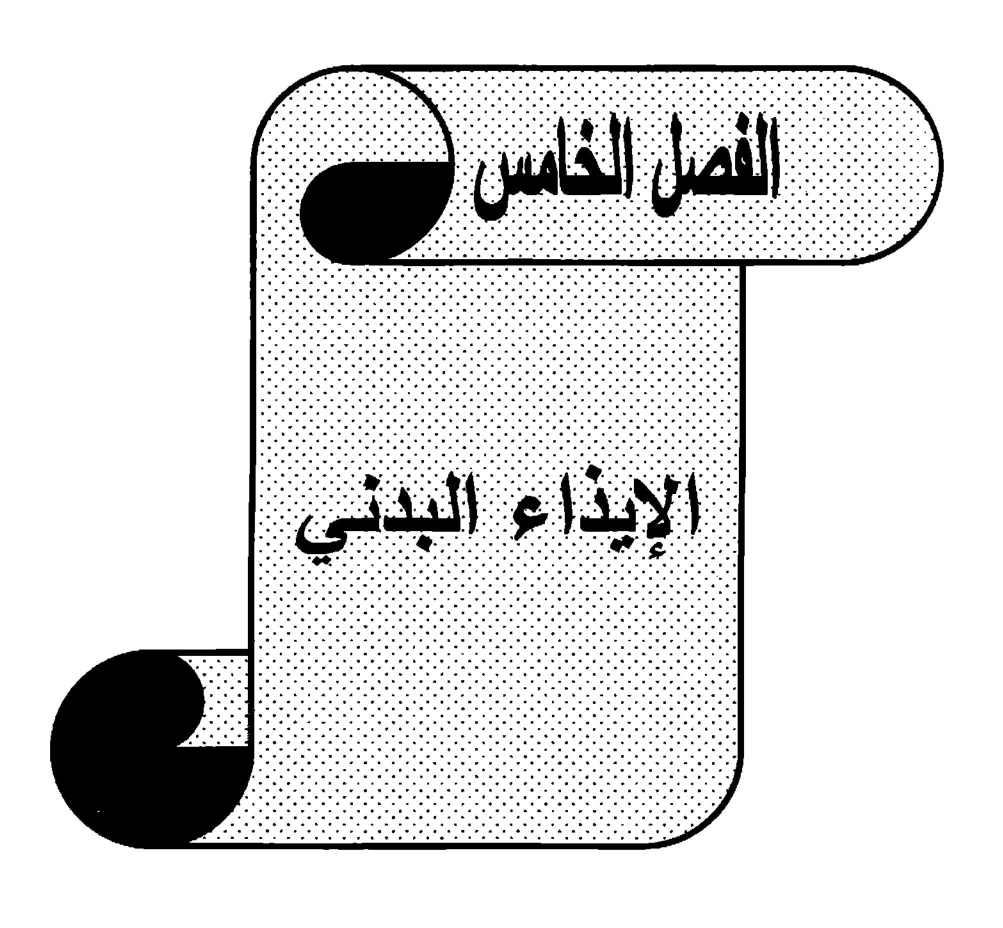
تشير الدراسات الأمريكية الصادرة عام ١٩٩٦م أن الأطفال الإناث أكثر عرضة للإيذاء الجنسي بمعدل ثلاثة أضعاف عن الذكور، وأن الأطفال الذكور أكثر عرضة للإهمال والإصابات البدنية الخطيرة عن الأطفال الإناث. كانت هناك دراسة أمريكية أيضاً صدرت عام ١٩٩٩م أكدت أن معظم ضحايا الإيذاء البدني من الذكور. تشير الدراسات العالمية أن حوالي ٢٠% من النساء، وأن حوالي ١٠.٥% من الرجال تعرضوا للإيذاء الجنسي.

(٣) صفات الطفل

تشير معظم الدراسات أن الطفل غير المرغوب فيه مثل الذي جاء في عمر متأخر من عمر الأبوين نتيجة حمل غير مرغوب فيه أو الذي ولد بعد انفصال الزوجين عن بعضهما البعض فإن نسبة حدوث الإيذاء تزداد لهذا الطفل مقارنة بالطفل المرغوب فيه. كذلك لوحظ أن الطفل الذي يولد مخالفاً لتوقعات الأبوين مثل الطفل المولود معاق والطفل المولود بتشوهات خلقية وخاصة تشوهات الوجه والطفل الذي يأتي جنسه علي غير رغبة الأبوين يزيد من الضغوط النفسية الواقعة علي الأبوين مما يزيد فرصة هذا الطفل في الإيذاء بصفة عامة. وقد أشارت احدي الدراسات الأمريكية إلي زيادة معدل الإيذاء الجنسي للأطفال المعاقين بنسبة ١.٧٥ عن غير المعاقين.

كذلك لوحظ أن الطفل المندفع أو الطفل الذي يبكي بكاء مستمراً أو الطفل الذي يعاني من تقلبات مزاجية حادة يكون أكثر عرضة للإيذاء من غيره.

كذلك تزيد حالات إيذاء الأطفال عند الصعوبة في إيجاد ارتباط بين الطفل وأبويه نتيجة صعوبة ولاته التي تسبب إعاقات بالأم أو وفاة الأم، أو في حالات الطفل الذي يحتاج مساعدات وعناية فائقة مثل الطفل المبتسر والطفل المريض بمرض مزمن


الفصل الخامس
الإيذاء البدني

الفصل الخامس

الإيذاء البدني

يعرف والكر وزملاءه الإيذاء البدني بأنه ((توقيع أذي مثل الكدمات، والحروق، وإصابات الرأس، والكسور، والإصابات الداخلية، والتمزقات، أو أي شكل من الأذى البدني الذي يستمر ٤٨ ساعة علي الأقل وقد يشمل كذلك عقاب بدني متزايد ومتصاعد وحبس مغلق)). ويتسق هذا التعريف مع التعريف الذي قدمه أوتس الذي يعرف الإيذاء البدني علي أنه ((تلقي إصابة غير عرضية سُببت إما عن الطريق الخطأ أو النسيان من ناحية أحد الأبوين)).

أظهر أول مسح اجتماعي أجري في الولايات المتحدة الأميركية عن ظاهرة العنف العائلي عام ١٩٧٥م أن حوالي ١.٧ مليون طفل أمريكي تتراوح أعماهم بين ٣-١٧ تعرضوا للإيذاء البدني من قبل أحد أبويهم في خلال عام من إجراء هذه الدراسة.

في دراسة صينية أجريت عام ١٩٩٨م علي ١٠٠٥ أسرة أثبتت أن ٥٢٦ أسرة قامت بالإيذاء البدني لأبنائها، وأن الأطفال الذكور أكثر عرضة للإيذاء من الإناث، وكان الأطفال الذين يتراوح أعمارهم بين ٣-٦ سنوات أكثر عرضة للإيذاء من الأطفال الأكبر سناً.

في الماضي اقتصر تشخيص الإيذاء البدني للطفل المعتدي عليه من خلال الكسور المتعددة بعظام الطفل في مراحل مختلفة من الالتئام وخاصة عند حدوث هذه الكسور في طفل صغير يحبو ولا يمكنه أن يتعرض لهذه الكسور بحادثة أو حوادث عرضية. لكن التشخيص الآن اتسع بشكل كبير ولم يعد مقتصرا علي كسور العظام بل امتد إلي الإصابات المختلفة في

جميع أنسجة الجسم. قال علماء الطب الشرعي المشاهير مثل جونسون وكامبس وكاميرون أن ((الجلد والعظام تخبر بقصة إيذاء الطفل، حيث أن الطفل قد يكون صغيراً جداً فلا يستطيع أن يتكلم)).

<u>مظاهر الإيذاء البدني</u> تشمل:ــ

<u>أولا:ــ الكدمات</u>

يرتبط حدوث الكدمات ارتباطا كبيرا بحركة الأطفال، فبمجرد بدء الطفل بالحبو ثم المشي تحدث كدمات بأنحاء متفرقة من جسده. تشير الإحصائيات إلي وجود كدمات في ٢٠% من الأطفال الذين بدءوا المشي مستندين علي الحوائط والأثاث، وظهور الكدمات في معظم الأطفال الذين بدءوا يمشون دون الاستناد أو المساعدة. معظم هذه الكدمات تظهر في الأجزاء التي تكون فيها العظام مثل الساقين والركبتين والمرفقين، وعادة تظهر بأمامية الجسم، ولا تصاحبها أي كسور بالعظام. الكدمات التي ترجح حدوث إيذاء الطفل هي:ــ

* التي تظهر بالأطفال الرضع وبالطفل الذي لم يبدأ الحبو.
* التي تظهر بعيدا عن الأجزاء التي تكون فيها العظام بارزة مثل التي تحدث بالبطن والآليتين.
* التي تكون متعددة وتظهر علي شكل عناقيد وعادة تكون بأعلى الذراعين أو بوحشية الفخذين (أي بالفخذين من الخارج).
* التي تأخذ شكل الأداة المحدثة لها، أي التي تترك انطباع يمكن من خلاله تحديد نوع الأداة المحدثة له.
* التي يكون حولها نزيف نمشي.

أشكال كدمات الإيذاء قد تكون:ــ

(١) **كدمات الإمساك من الأطراف**، ويقصد بها المواضع المختارة التي يحكم فيها الجاني قبضته علي الطفل وتشمل المعصمين والذراعين والعضدين والفخذين، وأيضاً تشمل الكاحلين عند الرضع الصغار. كدمات الكاحلين وأسفل الساقين عند الرضع الصغار إذا ترافقت مع إصابة بالرأس فإنها تشير إلي إمساك الطفل من القدم ومرجحته في الهواء عندما تكون الرأس في الوضع السفلي وذلك لضرب الرأس في الحائط. الأطفال غير الرضع (أي الأكبر سنا) غالبا يتم الإمساك بهم من الذراعين وهزهم بعنف.

(٢) **كدمات الصفع باليد** يقصد بها الضرب براحة اليد المفتوحة وعادة تشاهد بالوجه حول الوجنتين والأنف، ولكنها قد تحدث في أي جزء آخر من الجسم. إن الصفع الشديد براحة اليد علي الآليتين العارية قد يترك انطباع اليد والأصابع بالكامل علي الآلية.

(٣) **كدمات الضغط بأصابع اليد** وهي تشاهد عادة في الصدر والبطن والعنق والأطراف وتكون قرصية الشكل ويتراوح قطرها من ١-٢ سم وكانت تسمي في الماضي كدمات البنس نسبة إلي عملة البنس المعدنية. هذه الكدمات تنتج من ضغط مقدم أصابع اليد للجاني وخاصة إصبع الإبهام وعادة تتجمع في شكل مجموعات. أحيانا تشاهد كدمات ضغط الأصابع القرصية الشكل علي أنسية الفخذين وهو ما يشير إلي محاولة إبعاد الفخذين للاعتداء الجنسي بالفرج، وإذا شوهدت بالآليتين حول فتحة الشرج فإنها ترجح الاعتداء الجنسي بالدبر. أحيانا يصاحب ضغط الأصابع علي البطن ظهور إصابات بالأحشاء البطنية نتيجة ضغط اليد العنيف علي البطن وضغطها علي شيء صلب مثل وضع الطفل علي الأرض والضغط علي بطنه.

(٤) **كدمات شريطية** مزدوجة ملتوية (شكل ١) نتيجة الضرب بحزام أو خرطوم مياه أو سلك كابل تشاهد عادة علي الآليتين أو الظهر أو الأطراف أو أي

موضع آخر من الجسد، وكذلك كدمات شريطية مزدوجة مستقيمة نتيجة الضرب بعصا رفيعة مستقيمة (شكل ٢، شكل ٣). وأحيانا تشاهد كدمات غير منتظمة الشكل (شكل ٤، شكل ٥) نتيجة الضرب بجسم صلب مثل الضرب بالحذاء.

(٥) **كدمات اللكم بقبضة اليد** تشاهد عادة بالوجه (شكل ٦) وقد تحدث العيون السوداء (شكل ٧) وهو لفظ يطلق علي النزيف داخل ملتحمة العين وجفون العينين.

(٦) **كدمات وسحجات دائرية (حلقية)** حول مفصلي الكاحلين ومفصلي الرسغين تشير إلي تقييد القدمين(شكل ٨، ٩) واليدين (شكل ١٠، ١١).

(٧) **كدمات القرص** نتيجة ضغط جلد الطفل بين أصابع المعتدي فتظهر علامات القرص علي شكل كدمين شبه دائريين أو مثلثين بينهما منطقة خالية من الأثر الإصابي.

المشكلة الكبيرة التي تقابلنا في تقييم هذه الكدمات هو تحديد عمرها علي وجه التحديد لأن هناك فروق كبيرة في التوقيتات الزمنية لألوان الكدمات، ولكن الكدمات تؤكد كذب رواية الجاني من الأبويين من خلال:ـ

(أ) الكدمات الخضراء أو الصفراء اللون لا يمكن أن تكون حديثة حدثت خلال يومين، فكثيرا عندما تسوء حالة الطفل يتوجه به الجاني إلي المستشفي خشية وفاته مؤكدا أن الإصابات عرضية وحديثة ولكن يظهر الكشف وجود كدمات خضراء أو صفراء. هذه الكدمات الصفراء أو الخضراء تنفي حداثة الإصابات وتؤكد كذب الجاني.

(ب) وجود اختلافات واضحة في الألوان مثل وجود كدمات بلون أحمر أو أزرق ووجود كدمات بلون أخضر أو أصفر يدل علي تعرض الطفل للضرب في توقيتات مختلفة مما ينفي عرضية الإصابة ويؤكد تكرار ضرب الطفل وهو السمة المميزة لإيذاء الأطفال.



شكل (١)
كدمات شريطية مزدوجة ملتفة



شكل (٢)
كدم شريطي مزدوج مستقيم



شكل (٣)
كدم شريطي مزدوج مستقيم



شكل (٤)
كدمات غير منتظمة الشكل



شكل (٥)
كدمات غير منتظمة الشكل



شكل (٦)
كدم متسحج بالوجه



شكل (٧)
كدمات بالجفون العلوية والسفلية للعينين
(العيون السوداء)



شكل (٨)
سحجات تقييد القدمين

إذا كانت هناك كدمات منتشرة في أجزاء واسعة من الجسم ولا تأخذ شكل أداة معينة محدثة لها، فيجب أن نستبعد الأمراض التي يمكن أن تحدث أنزفة بالجلد مثل أمراض الكبد والهيموفيليا.

ثانيا: إصابات العظام

إن الشك في تعرض الطفل للإيذاء يستلزم إجراء فحص شعاعي بأشعة x علي سائر أنحاء الجسم. هذا الفحص الشعاعي لسائر أنحاء الجسم الذي يجري علي الطفل الحي المشكوك في تعرضه للإيذاء يجب أن يجريه أيضا الطبيب الشرعي علي الوفيات المفاجئة للأطفال الرضع والأطفال تحت السادسة عموماً.

في البحث الذي أجراه ورلوك (worlock) عام ١٩٨٦م مقارنا الكسور في ٣٥ حالة طفل من ضحايا الإيذاء مع ٨٢٦ طفل عينة ضابطة للمقارنة وجدوا أن كل الكسور في الأطفال المعتدي عليهم حدثت تحت سن الخامسة بينما وجدوا الكسور في ٨٥% من حالات العينة الضابطة حدثت فوق سن الخامسة. ووجدوا أيضاً تعدد الكسور بالطفل المعتدي عليه وكذلك كدمات بالرأس والعنق. أظهر هذا البحث أيضاً ارتباط كسور الأضلاع بالطفل المعتدي عليه ارتباطا شديداً، مع شيوع الكسور الحلزونية بعظمة العضد في الأطفال المعتدي عليهم، ولوحظ أيضاً أن الكسور الرقيقة المتعددة للكردوس (الكردوس هو جزء من ساق العظمة الطويلة الملاصق للمشاشة ــ metaphysis) ليست شائعة. استنتج ورلوك وزملائه أن طفلا واحداً من كل ثمانية أطفال رضع تحت عمر سنة ونصف ممن لديهم كسور قد تعرضوا لإيذاء.

(١) كسور عظام الأطراف

كانت كسور عظام الأطراف هي السبيل الأول لاكتشاف إيذاء الأطفال. كسور العظام في حالات إيذاء الأطفال شائعة حول كراديس (metaphyses) ومشاشات العظام(epiphyses) (مشاشات العظام هي نهايات العظام الطويلة)، وتؤدي إلي إصابات بالسمحاق (periosteum) (السمحاق هو الغشاء الليفي المغلف للعظام).

معظم إصابات الأطراف تحدث بطريقة غير مباشرة مثل الضغط علي العظام وهي في زاوية غير طبيعية أو التواء العظام أو جذبها، وذلك أكثر من حدوثها من الصدم المباشر علي العظام. من أكثر الطرق غير المباشرة هي مرجحة الطفل بجذبه من الرسغين أو الكاحلين، أو السحب من اليد أو الساق، أو الهز العنيف وذلك باستخدام الأطراف كمقباض للإمساك بالطفل.

الفحص الشعاعي لعظام الأطراف للأطفال ضحايا الإيذاء قد يظهر انفصال كراديس العظام، أو تفتت حوافي الكراديس أو المشاشات مع وجود قطع صغيرة من العظام منفصلة وذلك نتيجة مرجحة الطفل أو الالتواء. قد تتفصل أجزاء صغيرة من قشرة العظام المجاورة وأجزاء من العظام المتكلسة من ساق العظمة، وأحيانا تنفصل مشاشات العظام من الكراديس.

يري كاميرون وري (١٩٧٥م) أن تشظي الكراديس هو سمة مميزة للطفل المتعرض للإيذاء. يتصل السمحاق في الأطفال بالعظام اتصالاً ضعيفا. ولذلك ينفصل ويرتفع بسهولة عند حدوث قوة القص أو الجذب علي العظام. هذا الارتفاع للسمحاق يسمح بتجمع الدم في الفراغ بين السمحاق والعظام. هذا الدم سرعان ما يتكلس بسرعة (عادة في خلال ٧-١٤ يوم) ليعطي الشكل الشعاعي المميز علي هيئة قوقعة عظمية تمتد بطول جسم العظمة وعادة تكون أكثر سماكة في أطراف العظمة متخذة شكلا كتلياً غير منتظم. يؤكد كاميرون (١٩٧٥م) أن هذا المنظر السابق وصفه يشاهد عادة شعاعياً في خلال أسبوع في نصف الحالات، قد تمتد حافة التكلس حول نهاية الكردوس والمشاشة أو بينهما لتعطي شكل عروة يد الدلو حول نهاية العظم وخاصة حول النهاية السفلية للفخذ.

لكننا يجب أن نكون حذرين عند التعامل مع حالات النزيف والتكلس تحت السمحاق حيث وجد في بعض حالات الأطفال الصغار المولودين بالمقعدة سماكة طويلة وناعمة للسمحاق حدثت نتيجة نزيف تحت السمحاق لجذب الطفل أثناء الولادة. كذلك فإن من المقبول أن يحدث تكلس ضعيف تحت السمحاق من مجرد

عملية نمو عظام الطفل ولكن هذا التكلس يكون متماثل في العظام وينحصر وجوده فقط بجسم العظم تاركاً الكردوس واضحاً.

إن مشاهدة الكسر الحلزوني (شكل ١٢) في جسم العظام الطويلة لابد أن نعتبره حدث نتيجة إيذاء الطفل إلي أن يثبت عكس ذلك لأن هذا الكسر غالباً يحدث نتيجة الالتواء مع الشد ومستبعد حدوثه نتيجة حادث عرضي. بالرغم من أن كسور الكراديس والمشاشات السابق وصفها هي الإصابات التقليدية في حالات إيذاء الأطفال إلا أن الكسور المائلة (شكل ١٣) والمركبة (شكل ١٤) والمفتتة (شكل ١٥) بجسم العظام شائعة الحدوث أيضاً. إن وجود كسور بعظام الأطراف حدثت بتواريخ مختلفة (شكل ١٦) هو من أكثر العلامات تشخيصا لإيذاء الأطفال.

كسور عظام الأطفال قد تؤدي إلي عيوباً مستديمة في نمو العظام نتيجة تأذي غضاريف المشاشات وقد يحدث أيضا انحراف لمحور النمو.

<u>(٢) كسور عظام الجمجمة</u>

كسور عظام الجمجمة (شكل ١٧) شائعة الحدوث في حالات إيذاء الأطفال، وعادة تكون مصحوبة بنزيف داخل تجويف الجمجمة وخاصة النزيف تحت الأم الجافية (شكل ١٨، شكل ١٩). في دراسة أجراها هاروود ناش وزملائه عام ١٩٧١م علي ٤٤٦٥ طفل يعاني إصابة بالرأس وجدوا أن كسور عظام الجمجمة حدثت في ١١٨٧ حالة (٢٧%) ووجدوا أن النزيف تحت الأم الجافية حدث في أقل من نصف الحالات التي تعاني من كسور بعظام الجمجمة، ووجدوا أن معدل النزيف تحت الأم الجافية في الحالات التي تعاني من كسور بعظام الجمجمة ضعف معدله في الحالات التي لا تعاني كسور بعظام الجمجمة.

عادة تحدث كسور عظام الجمجمة في حالات إيذاء الأطفال في المنطقة الخلفية والجدارية للرأس، وفي معظم الحالات يصعب تمييز حالات السقوط

العرضي من حالات إيذاء الأطفال من مجرد وجود الكسر بالجمجمة ما لم يرافقه مظاهر إصابية أخري مميزة لحالات إيذاء الأطفال.

من المعروف علمياً أن جمجمة الطفل أكثر مرونة من جمجمة البالغ ولذلك فهي تستطيع أن تمتص بعض الصدمات دون أن تتكسر، كذلك فإن جمجمة الطفل أقل سماكة من جمجمة البالغ، وهذا يعني وجود عاملين متناقضين يؤثران علي الجمجمة وهما:ــ

(١) قلة سماكة عظام جمجمة الطفل، الأمر الذي تحتاج معه الجمجمة لقوة أقل لإحداث الكسر مقارنة بالبالغ.

(٢) مرونة عظام جمجمة الطفل وقدرتها علي الارتداد لوضعها الطبيعي بعد الارتطام (شكل ٢٠)، الأمر الذي تحتاج معه الجمجمة لقوة أكبر لإحداث الكسر مقارنة بالبالغ.

علي الرغم من وجود هذين العاملين المتناقضين فإن جمجمة الطفل تتكسر بقوة ميكانيكية أقل من القوة المطلوبة لكسر جمجمة البالغ. علي أية حال فإن هناك جدل كبير بين الأطباء في تحديد القوة المطلوبة لإحداث كسور عظام الأطفال ستتضح أيضاً معالمها من خلال الأبحاث الكثيرة التي أجراها العديد من الباحثين في هذا المجال.

علي سبيل المثال توجد إشكالية كبيرة في **تحديد ارتفاع** السقوط المطلوب الذي يمكن أن يحدث كسور بعظام جمجمة الطفل وإصابة المخ والسحايا. من المعروف أن كسور عظام الجمجمة لا يشترط أن يصاحبها إصابة بالمخ أو تأثيرات عصبية، لكن القوة التي تحدث كسر بعظام الجمجمة فإنها عادة تستطيع أن تحدث إصابة بالمخ أو السحايا وإن كان ذلك ليس حتمياً حدوثه ومن المستحيل التنبؤ بما سيحدث من جراء سقوط الطفل علي رأسه. هناك الكثير من الأطباء الشرعيين والكثير من أطباء الأطفال يعتقدون أن السقوط السلبي (أي بدون دفع) للطفل من مستوي خصر البالغ لا يمكن أن يسبب كسور في عظام الجمجمة أو إصابة بالمخ



شكل (٩)
سحجات تقييد القدمين



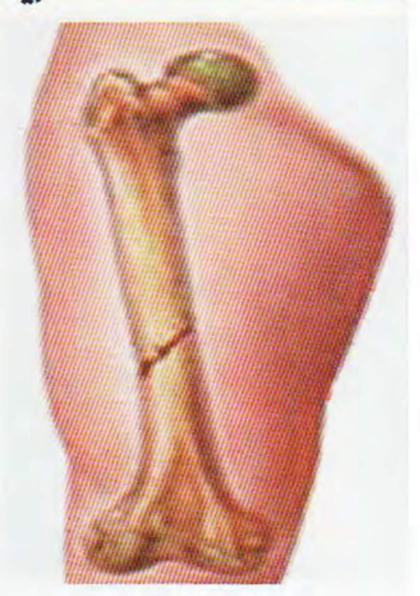
شكل (١٠)
سحجات تقييد اليدين



شكل (١١)
سحجات تقييد اليدين



شكل (١٢)
كسر حلزوني



شكل (١٣)
كسر مائل



شكل (١٤)
كسر مركب



شكل (١٥)
كسر متفتت



شكل (١٦)
كسور بتواريخ مختلفة

والسحايا، ولكن الواقع العملي من خلال شهود محايدين لحالات فعلية أو للتجارب التي أجريت أكدت إمكانية حدوث كسور عظام الجمجمة أو إصابة المخ من مجرد السقوط السلبي من مستوي خصر البالغ.

للتأكد من ذلك أجري وبر (weber) في عام ١٩٨٤م تجارب بإسقاط أطفال متوفين من ارتفاع ٨٢ سم علي أسطح مختلفة الأنواع ووجد أن الكسور بهذه الكيفية شائعة الحدوث، حيث أسقط ١٥ طفل يقل عمر كلا منهم عن ثمانية أشهر علي أرضية أسمنتية أو سجاد أو مشمع أرضيات وشاهد كسور في كل الحالات في مواضع متعددة بالجمجمة. معظم هذه الكسور كانت في العظم الجداري ولكن امتد بعضها إلي العظم المؤخري.

عام ١٩٨٥ أعاد وبر تجاربه مع تغيير الأرضية حيث قام بإسقاط الأطفال علي وسادة ناعمة مثل حصيرة أسفنجية سمكها ١٠ سم أو بطاطين سمكها ٨ سم، فلاحظ حدوث كسور الجمجمة في حالة واحدة من الحالات التي أسقطت علي الحصيرة الأسفنجية وحدوث الكسور في أربع حالات من الحالات التي أسقطت علي البطاطين المطوية وذلك من ٢٥ حالة تم إسقاطها.

في عام ١٩٧٩م أجري ريتش إلدرفير (Reichelderfer) وزملائه تجارب لتحديد القوة المطلوبة لحدوث إصابات خطيرة بالرأس عند الارتطام بأرضية ملعب الأطفال وتوصلوا إلي إن القوة المطلوبة تزيد عن ٥٠ ضعفاً للجاذبية الأرضية. وأكدوا أن السقوط من ٧.٥ سم علي الأرض الأسمنتية يولد قوة تقدر ١٠٠ – ٢٠٠ ضعفاً للجاذبية الأرضية، وأن السقوط السلبي من ٣٠ سم يولد قوة تقدر ٤٧٥ – ٥٠٠ ضعفا للجاذبية الأرضية. علي النقيض من ذلك ذكر هيلفر (Helfer) وزملائه عام ١٩٧٧م نتائج سقوط ٢٤٦ طفل يقل أعمارهم عن خمس سنوات من السرير أو من ارتفاع يقل عن ٩٠ سم حيث سقط ١٦١ منهم في المنزل ووقع ٨٥ في المستشفيات. شوهد في ١٧٥ حالة بعض الإصابات وحدثت كسور عظام الجمجمة في حالتين فقط. كذلك فحص Nimityongskul و Anderson

عام ١٩٨٧م حالات ٧٦ طفل سقطوا في المستشفيات كان عمرهم أقل من خمس سنوات وذلك من ارتفاعات تتراوح بين ٣٠ – ٩١ سم، وكان الشك في حدوث كسر بجمجمة طفل واحد فقط من هؤلاء الأطفال.

درس **Williams** عام ١٩٩١م حالات سقوط ٣٩٨ طفل كان منهم ١٠٦ حالة مشاهدة من شهود محايدين. فوجد ١٤ حالة تعاني من إصابات شديدة وهم الذين سقطوا من ارتفاع يتراوح بين ٤.٥ متر حتى ١٢.٢٠ متر، وتوصل إلي أنه لا توجد إصابات تهدد الحياة للذين سقطوا من ارتفاع يقل عن ٣ متر بالرغم من حدوث كسور بالجمجمة لثلاثة حالات سقطوا من ارتفاع يقل عن ثلاثة أمتار.
كذلك أثبت **Reiber** عام ١٩٩٣م وجود كسور بعظام الجمجمة لثلاثة أطفال سقطوا من ارتفاع يقل عن المتر.

أيضا أكد **Hall** وآخرين في عام ١٩٨٩م إمكانية حدوث إصابات خطيرة أو مميتة من السقوط من مسافة تقل عن ٩٠ سم وذلك من خلال دراسة ١٨ حالة وفاة منهم حالتين شوهدا من العاملين في الحقل الطبي.

درس **chadwick** وآخرين عام ١٩٩١م حالات سقوط ٣١٧ طفل ووجدوا أربع وفيات لأطفال سقطوا من ارتفاع يقل عن ١٢٠ سم.

في عام ١٩٨٤م درس **Hobbs** ٨٩ طفل بهم كسور بعظام الجمجمة منهم ٢٩ حالة يعتقد إنها حالات إيذاء أطفال. توفي ٢٠ طفل من هؤلاء الأطفال منهم ١٩ طفل من ضحايا إيذاء الأطفال، وتوصل إلي أن كسور عظام الجمجمة في حالات إيذاء الأطفال تكون متعددة وتتخذ أشكالاً عديدة فهي تكون منخسفة وواسعة مع اتساع خط الكسر (أي وجود انفصال بين حافتي الكسر)، بينما لاحظ أن الكسور الناجمة عن الحوادث العرضية تكون خطية وضيقة وفردية وتوجد عادة في المنطقة الجدارية.

في عام ١٩٩٣م فحص Leventhal وآخرين ١٠٤ حالة كسور بعظام جمجمة الأطفال ووجدوا أن ٣٤% من الحالات كانت حالات إيذاء أطفال، وأن ٦٢% كانت حالات حوادث عرضية، ٤% حالات مشتبهة.

أكد Billmire و Myers عام ١٩٨٥م أن ٦٤% من جميع إصابات الرأس للأطفال تحدث نتيجة إيذاء الأطفال، وأن ٩٥% من إصابات المخ والسحايا تحدث نتيجة إيذاء الأطفال.

تحدث كسور عظام جمجمة الطفل بنفس كيفية حدوث كسور عظام جمجمة البالغ عندما تزيد القوة الضاغطة علي العظام علي درجة مرونة عظام الجمجمة، لكن هناك بعض الفروق بين جمجمة الطفل وجمجمة البالغ بسبب وجود التداريز واليوافيخ المفتوحة. لذلك فإن معظم كسور جمجمة الطفل تنتهي عند التدريز، ولكنها في الأحوال النادرة التي تتخطي التدريز يحدث إزاحة جانبية وبذلك فإن حافتي الكسر لن تكونا علي خط واحد. أي إن القاعدة هي انتهاء الكسر عند التدريز في جمجمة الطفل، ومعظم الحالات التي بدت وكأنها خط كسر تخطي التدريز كانت في الحقيقة كسرين مستقلين قريبين من بعضهما، وذلك مثل سقوط الطفل علي قمة الرأس فيحدث كسرين منفصلين بالعظم الجداري الأيمن والعظم الجداري الأيسر.

العظم الجبهي في الأطفال هو الأقل تعرضاً للكسر حيث يزيد معدل كسور جمجمة الأطفال بالعظم الجداري والصدغي، وذلك لأن التدريز الجبهي المفتوح عند الأطفال الصغار يعطي مرونة أكبر له مما يقلل من كسوره.

<u>كسور عظام القفص الصدري</u>

كسور عظام الأضلاع نتيجة الحوادث العرضية أمر غير شائع الحدوث وهو أيضا نادراً ما يحدث أثناء الولادة، ولكنه أمر شائع الحدوث في حالات إيذاء الأطفال (شكل ٢١) حيث تشمل الإصابة عدة أضلاع متتالية في جانب واحد من الصدر أو علي الجانبين. عادة يشاهد في الطفل ضحية الإيذاء كسور قديمة

وكسور حديثة تظهر بوضوح في الفحص الشعاعي معطية مظاهر شعاعية مختلفة.

راجع Thomas أشعات عشرة آلاف طفل أجريت لهم في الفترة من عام ١٩٦٩م حتى ١٩٧٥م يقل عمرهم عن سنة واحدة، فلاحظ وجود ٢٥ حالة بها كسور بضلع أو أكثر. وقد أكد Leonidas أن كسور عظام الأضلاع تأتي في المرتبة الثالثة لكسور عظام الأطفال في حالات إيذاء الأطفال.

آليات كسور عظام الأضلاع تشمل الضغط علي الجدارين الأمامي والخلفي للصدر، أو الضغط علي وحشية يمين ويسار الصدر، أو الضربة القوية علي الأضلاع. في هذه الآليات الثلاثة يستلزم تولد قوة كبيرة كافية لإحداث كسور الأضلاع. يمثل الضغط علي جداري الصدر الأمامي والخلفي أو تحت الإبطين (أي يمين ويسار جداري الصدر) حوالي ٩٥% من كسور الأضلاع في حالات إيذاء الأطفال. بالرغم من أن كسور الأضلاع الخلفية أكثر شيوعا مع حالات إيذاء الأطفال إلا أن هذه الأضلاع الخلفية تكسر أيضا في حالات الولادة الصعبة وفي حالات أمراض العظام ولكنها أقل شيوعا.

تحدث كسور متعددة بالأضلاع الخلفية عند الأطفال الرضع حين يمسك الشخص البالغ الطفل الرضيع من تحت إبطيه ويعصره عصراً فتحدث الكسور التي يمكن أن تكون ناجمة عن حالة غضب أو حب العنف أو قد تحدث ببراءة دون أي قصد للأذية نتيجة الخشونة والغلظة. عادة تحدث هذه الكسور علي بعد يقارب حوالي ١ سم من رؤوس الأضلاع بسبب تحرك الضلع عكس النتوء المستعرض حتى تصل لنقطة الكسر. من الصعب أو من المستحيل مشاهدة كسور الأضلاع الحديثة ما لم تمر الحزمة الشعاعية في خط الكسر تماماً، وهذا ما يفسر التناقض الذي يحدث بين تقرير طبيب الأشعة وتقرير الطبيب الشرعي حيث تكون رؤية الكسر أكثر وضوحاً بعد أسبوع أو أسبوعين نظراً لوجود الدشبذ (مادة التئام العظام المكسورة). حتى في جثث الأطفال التي يتم تشريحها فقد يشاهد

تشريحياً كسور بالأضلاع لم تكن مرئية شعاعياً، والعكس صحيح فقد لا يستطيع الطبيب الشرعي التوصل للكسور المشاهدة شعاعياً.

في حالات إيذاء الأطفال تتكون صورة نوعية للكسور القديمة نتيجة التئام كسور عظام الأضلاع المتتالية (دشبذ) حيث يشاهد الدشبذ علي شكل خط عمودي يتجه للأسفل معطياً شكل عقد الخرز في الصورة الشعاعية، ولكن عقد الخرز هذا لا يظهر عادة قبل مرور عشرة أيام من الكسر حيث لا يتشكل دشبذ مرئي شعاعياً قبل مرور هذه الأيام العشرة.

كسور الأضلاع التي تشاهد عند الخط الإبطي عادة تحدث نتيجة الضغط الأمامي الخلفي علي الصدر وليست من عصر الجانبين للطفل، ولكن هذا ليس علي سبيل الحصر. لكننا عندما نشاهد كسور الأضلاع المتتالية يجب ألا نتسرع ونؤكد أنها حالة إيذاء طفل لأن حدوث كسور الأضلاع علي خط حلمة الثدي وما حولها أمر وارد الحدوث عند إجراء الإنعاش القلبي الرئوي للطفل في محاولة تنشيط القلب ليعود للعمل، ولذلك يجب قبل الجزم بحدوث إيذاء للطفل التأكد من أوراق المستشفي من عدم إجراء الإنعاش القلبي الرئوي. الإنعاش القلبي الرئوي الصحيح للأطفال يتم بالضغط بأصابع يد المسعف علي الصدر ولذلك فإنه ليس من المفترض أن يحدث هذا الإنعاش القلبي الرئوي الصحيح أية كسور في عظام الأضلاع للطفل، ولكن في بعض الأحيان يخطئ المسعف فيجري الإنعاش للطفل مثلما يجري للبالغين بالضغط براحة اليد وبالتالي تحدث الكسور. أي إن كسور أضلاع الأطفال تحدث فقط بعد إجراء الإنعاش القلبي الرئوي الخاطئ ولا يمكن حدوثها بعد الإنعاش الصحيح.

أما الضرب القوي المباشر لجدار الصدر فإنه يحدث الكسر بضلع أو أكثر في مكان اصطدام الضربة.

في دراسة أجراها **Bulloch** وزملائه لمراجعة ملفات الأطفال الذين يقل عمرهم عن عام في مستشفين للأطفال بكندا في خلال الفترة من عام ١٩٩٤م حتى عام

١٩٩٧م والذين ثبت أن لديهم كسور بعظام الأضلاع. أثبت فحص الملفات الطبية والأشعات وجود حالات ٣٩ طفل يعانوا من كسور بالأضلاع. تم تشخيص ٣٢ حالة (٨٢%) إيذاء للأطفال، وثلاث حالات (٧.٧%) شخصت إصابات عرضية، وثلاث حالات (٧.٧%) شخصت أمراض عظام، وحالة واحدة (٢.٦%) تم تشخيصها نتيجة مضاعفات الولادة. لوحظ في حالات إيذاء الأطفال (٣٢ حالة) وجود كسور في ١١٩ ضلع بمتوسط حوالي ٣.٧ ضلع لكل طفل. كان الكسر في الجزء الخلفي من الأضلاع في ٦٠% من الحالات، وكان الكسر في الجزء الوحشي من الضلع في ٣٤% من الحالات، وكان الكسر في الجزء الأمامي من الأضلاع في ٦% من الحالات. معظم الحالات دخلت المستشفي بشكوى تنفسية أو ارتفاع درجة الحرارة أو الإسهال. وقد شوهد في ٩ حالات فقط من حالات إيذاء الأطفال (٣٢ حالة) إصابات أخري تتفق مع إصابات إيذاء الأطفال.

معظم حالات كسور العظام في الأطفال ترجع إلي إيذاء الأطفال، والقليل منها يحدث أثناء الولادة أو الإصابات العرضية الشديدة أو أمراض العظام أو أثناء تنشيط القلب لإنقاذ حياة الطفل. لذلك لابد من وضع بعض المعايير للتشخيص والتمييز بين الحالات المختلفة. يتم تشخيص كسور الأضلاع كحالة من حالات إيذاء الأطفال عند مشاهدة مظاهر إصابية أخري بالطفل مثل النزيف تحت الأم الجافية ونزيف شبكية العين في متلازمة الطفل المهزوز، وإصابات الأعضاء الداخلية غير المفسرة، وكسور العظام الأخرى المميزة لحالات إيذاء الأطفال (العظام الطويلة والجمجمة) مع استبعاد كل الأسباب الأخرى المؤدية لكسور عظام الأضلاع.

يتم تشخيص كسور الأضلاع كحالة من حالات الحوادث العرضية عند سقوط الطفل من مسافة تزيد عن ١٨٠ سم أو سقوط الطفل من يدي الأب الواقف مثلاً وذلك في حالة وجود شهود محايدين، وكذلك في حوادث السيارات. يتم تشخيص كسور الأضلاع نتيجة مضاعفات الولادة وذلك إذا أجريت الأشعة للطفل

بعد الولادة وقبل خروجه من المستشفي. أما إذا لم يتم تشخيصها في المستشفي وتم إرجاعها من قبل الأبوين علي إنها حدثت أثناء الولادة الصعبة فيجب مراجعة أوراق المستشفي لتحديد نوع الولادة ووزن الطفل أثناء الولادة وما إذا كان هناك صعوبات أو مضاعفات أثناء الولادة، وكذلك ما إذا كانت هناك مشاكل تنفسية وتهيج مفرط للطفل في خلال الأسبوعين الأوائل من الولادة.

أما تشخيص أمراض العظام فيتم من خلال المظاهر الإكلينيكية والفحوص المعملية والتاريخ الوراثي في العائلة. وأخيراً فإن تشخيص كسور عظام الأضلاع نتيجة تنشيط القلب لإنقاذ حياة الطفل يتم من خلال مراجعة الملف الطبي بالمستشفي ومشاهدة الكسور علي خط واحد متتالي بأمامية الأضلاع المتاخمة لمنطقة القلب. علي أية حال فإن وجود كسور متعددة بعظام الطفل حدثت بتواريخ مختلفة وفقا لما أظهره الفحص الشعاعي يجب أن يؤخذ علي إنه دليلاً علي إيذاء الطفل إلي أن يثبت عدم صحة هذا الافتراض. لذلك يجب أن تستبعد الأمراض التي من شأنها إحداث كسور متعددة بالطفل حتى نستطيع الجزم بحدوث إيذاء للطفل.

في دراسة أجراها سويش وفليشر لمراجعة كسور الأضلاع في ٢١ طفل يتراوح أعمارهم بين ٣ شهور وخمسة عشر عاماً وجدا أن ١٦ حالة كسور كانت نتيجة حوادث عرضية وأن ٥ حالات فقط كانت حالات إيذاء أطفال. وأظهرت هذه الدراسة أن كل حالات إيذاء الأطفال كانت أعمارهم تقل عن العام (بمتوسط ثلاثة أشهر)، بينما كان كل أطفال الحوادث العرضية أعمارهم يزيد عن سنتين (بمتوسط ثمانية أعوام).

في دراسة أجراها KOO وآخرين علي ٧٨ طفل مولود ناقص النمو نقصاً شديداً (يقل وزن كل منهم عن ١٥٠٠ جرام) في السنة الأولي من أعمارهم شاهدوا كسور بالأضلاع في ٢٥ طفل مصاحبة لمرض الكساح، وأكدوا أن النقص الشديد في نمو الطفل من الأسباب المؤدية لكسور عظام الأضلاع.

إن حدوث كسور عظام الأضلاع أثناء الولادة أمر نادر الحدوث وهو ما أكدته الدراسة التي أجراها **Rubin** علي ١٥٤٣٥ طفل لدراسة الإصابات الحادثة بالأطفال أثناء الولادة فقد لاحظ أن ١٠٨ طفل بهم إصابات أثناء الولادة كانت علي هيئة كسور بالترقوة وإصابات بالمخ وإصابات بالعصب الوجهي والضفيرة العصبية للطرف العلوي. ولم يشاهد **Rubin** في كل الحالات وجود كسور بعظام الأضلاع في أياً منها.

يري كثير من أطباء الأطفال أن تحسس عظام أضلاع الأطفال بعناية للبحث عن أي طقطعة يمثل المرحلة العملية الهامة لتشخيص الكسر في حالات إيذاء الأطفال حيث يعتبر الفحص بأشعة **x** غير مستحب إلا في الأحوال التي يشاهد فيها ضيق تنفس أو مظاهر إكلينيكية ترجح وجود كسور بالأضلاع.

كسور باقي عظام القفص الصدري جائزة الحدوث من الضرب المباشر بقبضة اليد أو الرفس. أحيانا تتكسر الترقوة من الضغط غير المباشر أثناء مرجحة الطفل من ذراعيه. كسور عظمة اللوح وعظمة القص نادرة الحدوث، وهي ترجح حدوث إيذاء للطفل ما لم تكن هناك حادث مروري أو ما شابه ذلك.

<u>أمراض العظام المحدثة للكسور</u>

قبل أن نؤكد أن الكسر المشاهد بالطفل هو كسر ناتج عن إيذاء بدني للطفل يجب أن نستبعد أولاً الحوادث العرضية التي تسبب الكسور ثم نستبعد ثانياً أمراض العظام التي تسبب هشاشة غير طبيعية في الهيكل العظمي ومن ثم قد تؤدي للكسور عند التعرض لقوة ضعيفة الشدة أو حتى عند قيام الطفل بالحركات التلقائية البسيطة. لكننا يجب أن نؤكد أن نسبة قليلة من الكسور المشاهدة بالأطفال تكون بسبب هذه الحالات المرضية. أمراض العظام التي قد تسبب كسور عظام الأطفال تشمل:ــ

(١) مرض تكون العظام الناقص Osteogenesis imperfecta

هذا المرض يصنف إلي أربعة مجموعات، وكل مجموعة تضم عدة أنواع، وهو عبارة عن اضطراب وراثي يصيب النسيج الضام مع وجود كولاجين غير طبيعي مما يؤدي إلي هشاشة العظام وارتخاء الأربطة وترقق بالجلد وازرقاق بصلبة العين وضعف بالسمع وتشوهات بالأسنان. المجموعة الأولي تشكل ٧٠% من حالات هذا المرض وتتسم بتاريخ المرض الوراثي في العائلة وازرقاق صلبة العين وهشاشة العظام وتشوهات الأسنان. المجموعة الثانية والثالثة من هذا المرض يمثلا ٢٥% من الحالات ويظهر بالطفل المريض بها أمراض عظام واضحة قد تؤدي للالتباس مع حالات إيذاء الأطفال.

المجموعة الرابعة تمثل ٥% من الحالات وأحيانا يصعب تشخيصها. النوع الأول من المجموعة الرابعة لهذا المرض لا يوجد فيها تاريخ وراثي للمرض ويصاحبها نسبة عالية من كسور عظام الجمجمة وكسور كراديس العظام وتكون صلبة العين طبيعية. النوع الثاني من المجموعة الرابعة لهذا المرض لا يوجد فيه تاريخ وراثي للمرض ويصاحبها نقص في تكون الأسنان.

معدل حدوث المجموعة الرابعة من المرض في الأطفال تحت عمر سنة تحدث في طفل واحد في كل ١ – ٣ مليون وغالبا في هذا السن تكون غير مصحوبة بكسور بالعظام أو تشوهات بالأسنان أو حتى بدون تاريخ وراثي. إن أخذ عينة من ألياف العظام (Fibroblast) وتحليل الكولاجين يؤكد وجود هذا المرض في حالة عدم وجود دلائل إكلينيكية تدل عليه.

(٢) زيادة التعظم القشري عند الأطفال Infantile cortical hyperostosis (caffey's disease)

هذا المرض يصاحبه تكون عظام كثيفة حول مشاش العظام، وخاصة بالأضلاع والزند والترقوة ويتضح بشدة حول الفك السفلي. نادراً ما تشاهد هذه الحالة عند الأطفال الذين تجاوز عمرهم الثلاث سنوات.

(٣) الزهري

إذا انتقل هذا المرض من الأم للطفل أثناء الولادة فإنه قد يحدث كسور بالطفل تماثل كسور إيذاء الأطفال. يشاهد في حالات الزهري زيادة في سمك السمحاق مماثل لما يحدث في الإصابات ولكنها تكون متناسقة. قد ينكسر الكردوس أو ينفصل.

(٤) نقص النحاس

هذه أيضاً حالة مرضية نادرة الحدوث، ويظهر الفحص الشعاعي وجود زيادة في سمك السمحاق في أجسام العظام الطويلة، والتي يمكن أن تكون مصحوبة بوجود أشواك متناسقة في كراديس العظام مع هشاشة العظام وكسور ومشاكل بالشعر نتيجة نقص النحاس مما يؤدي إلي إضعاف أنزيم ليزيل اوكسيداز **Lysyl oxidase**. هذه الحالة المرضية قد يشاهد فيها أيضاً تخلف حسي حركي، وضعف العضلات، وبهاته ، ونقص صبغ الجلد والشعر، وبروز أوردة فروة الشعر، والأنيميا (فقر الدم).

(٥) متلازمة مينكي Menke's syndrome

هذه حالة مرضية نادرة الحدوث أيضاً تصاحب نقص النحاس وتكون فيها الكراديس غير طبيعية، وهي تصيب الأطفال الذكور فقط ويكون الشعر غير طبيعي مع تخلف عقلي.

تحديد عمر الكسر

درجة التئام الكسور تحدد إلي حد كبير وقت حدوث الكسر، ولكنها في بعض الأحيان تظهر اختلافات كبيرة في الالتئام حيث إن التئام العظام بالأطفال الأصحاء يتم بسرعة ويتأخر في الأطفال غير الأصحاء، كما إن الكسر الصغير يلتئم بدرجة أسرع من الكسر الكبير. ولكن مهما كان هناك بعض الاختلافات إلا إن التئام الكسر يعطي درجة معقولة من الصحة في تحديد عمر الكسر.


الفصل السادس
إصابات الرأس في
حالات إيذاء الأطفال

الفصل السادس

إصابات الرأس في حالات إيذاء الأطفال

إصابات الرأس في حالات الإيذاء البدني للأطفال هي أكثر أسباب وفيات الأطفال المعرضين للإيذاء سواء كانت الإصابات مصحوبة بكسور عظام الجمجمة أم غير مصحوبة بكسور، وأيضاً فإن إصابات الرأس المصحوبة بإصابة للمخ هي السبب الشائع للعاهات العصبية بالأطفال.

المظهر الإصابي التقليدي لإصابات الرأس في حالات إيذاء الأطفال هو حدوث نزيف تحت الأم الجافية. هذا النزيف عادة يحدث في طرفي الحياة (أي الطفولة والكهولة). في الأطفال يحدث النزيف تحت الأم الجافية نتيجة الارتطام المباشر بالرأس (شكل ٢٢) من جراء الضرب أو السقوط.

كما سبق أن ذكرنا فإن أبحاث **Weber** أكدت إمكانية حدوث كسور جمجمة الطفل من سقوط سلبي من مسافة صغيرة لا تتجاوز ٨٢ سم، وإن كسور الجمجمة يمكن أن يحدث دون إصابة بالمخ أو السحايا، وكذلك فإن إصابة المخ أو السحايا قد تحدث دون كسور عظام الجمجمة. بالرغم من إن حدوث ذلك من السقوط من مسافة قصيرة أقل إقناعاً من تلك المصاحبة بكسور الجمجمة إلا إنه يمكن حدوثه ولا يمكن نفيه. المشكلة أن التجارب التي أجراها **Weber** علي الأطفال الموتى لا يمكن تكرارها في المناخ الإنساني الحالي، ويصعب الحصول علي هذه المعطيات من الأحياء، كما إن إجراء هذه التجارب علي الحيوانات عديم الفائدة.

متلازمة الطفل المهزوز shaken baby syndrome

متلازمة الطفل المهزوز تمثل شكل من أشكال إصابات الرأس. إصابات الرأس في حالات إيذاء الأطفال قد تحدث من الضرب المباشر للرأس، أو السقوط علي الرأس، أو الرمي، أو هز الطفل. تأتي إصابات الرأس علي قمة الأسباب المسببة لوفيات حالات إيذاء الأطفال.

بسبب الوضع التشريحي لجسد الطفل فهو عرضة للخطورة من الهز العنيف. معظم حوادث الطفل المهزوز تحدث للأطفال الذين يقل عمرهم عن عام واحد، في المتوسط يتراوح عمرهم بين ٣-٨ شهور، بالرغم من أنها شوهدت في أطفال يصل عمرهم إلي حوالي ٤ سنوات. حوالي ٦٠% من حالات الهز العنيف للأطفال من الذكور الذين يعيشون في أسر تحت خط الفقر.

المتهمون في متلازمة الطفل المهزوز هم الأبوين أو المسئولين عن رعاية الطفل حيث يقومون بهز الطفل الذي يصرخ بشدة بدون سبب واضح لهم وهم تحت تأثير الإحباط أو الضغوط. في بداية الهز العنيف للطفل يزداد صراخه تعبيراً عن الخوف ثم يتوقف نهائيا عن الصراخ نتيجة إصابة المخ. المتهم في ٦٥ – ٩٠% من الحالات من الذكور سواء كان الأب أو زوج الأم أو عشيق الأم وهو عادة في بداية العشرينيات من عمره.

آلية حدوث إصابة المخ في متلازمة الطفل المهزوز

عضلات العنق في الطفل الصغير غير نامية نمواً كاملاً ولا تدعم ثبات الرأس جيداً، ولذلك فإن الهز العنيف للطفل الصغير تجعل رأسه تدور وتتحرك حركة كبيرة دون قدرة للطفل علي التحكم في هذه الحركة مما يجعل المخ يتحرك حركة عنيفة مندفعاً للأمام وللخلف ويصطدم بالجمجمة بشدة

فتتفجر الأوعية الدموية والأعصاب وتتمزق أنسجة المخ. كذلك يؤدي ارتطام المخ بعظام الجمجمة إلي تكدم ونزيف بالمخ.

إن الدمار بأنسجة المخ يكون أكثر شدة إذا أنتهي الهز العنيف بارتطام الرأس بحائط أو الأرض وذلك لأن قوة الإسراع والتباطؤ المصاحبة لارتطام الرأس تكون كبيرة. الهز العنيف يعقبه امتلاء بالمخ مما يسبب ضغط هائل داخل الجمجمة وانضغاط الأوعية الدموية بالمخ وكذلك انضغاط المراكز الحيوية بالمخ.

تشير الدراسات أن القوة المتولدة في تجويف الجمجمة نتيجة ارتطام الرأس تزيد خمسين ضعفاً عن القوة المتولدة بتجويف الجمجمة من جراء هز الطفل. من المعروف أن إصابات المخ تحدث من التغير في معدل حركة المخ داخل الجمجمة سواء كان هذا التغير تسارع أم تباطؤ. إن معدل التغير وزمن التباطؤ أي مدة التباطؤ (معدل الشد) هما الأكثر إحداثا لإصابات المخ عن التباطؤ الثابت. فعلي سبيل المثال فإن صدمة الرأس بعد السقوط علي سطح غير متحرك مثل الأرض هي مثال لإصابات معدل الشد العالي، بينما تعتبر حالات هز الطفل غير المصحوبة بارتطام الرأس بأي سطح غير متحرك (مثل الحائط) تعتبر مثال لإصابات معدل الشد المنخفض لأن الرأس تستغرق وقت طويل في التباطؤ عكس الارتطام بسطح غير متحرك مثل الأرض أو الحائط فإن الرأس لا تستغرق وقتا نهائيا في التباطؤ من جراء حدوث تباطؤ فجائي لحظي.

النزيف تحت الأم الجافية من الأوردة العابرة يحدث من الإصابات ذات معدل الشد العالي (مثل الارتطام بسطح غير متحرك) حتى لو كانت الإصابة منخفضة الطاقة وغير كافية لإحداث اضطراب بأنسجة المخ. بينما

الإصابات ذات معدل الشد المنخفض (الهز دون ارتطام للرأس) فإنه غالباً يحدث تكدم بالمخ دون تأثير علي الأوعية الدموية للمخ، ولكن تحدث الإصابة الوعائية فقط إذا صاحبها طاقة كبيرة.

المشكلة الحقيقية التي تقابلنا هي صعوبة التمييز العملي بين حالات ارتطام الرأس وحالات هز الرأس، لأننا كما سبق أن ذكرنا أن النزيف تحت الأم الجافية يحدث غالباً من ارتطام الرأس ولكن هذا لا يمنع من حدوثه نتيجة هز الرأس ولكن بنسبة تقل كثيراً عن الارتطام.

من المفترض أن الارتطام قد يحدث إصابات بفروة الرأس أو نزيف بالفروة أو كسور بعظام الجمجمة ولكن في حالات كثيرة جداً ترتطم الرأس بسطح واسع المساحة مما يؤدي إلي توزع القوة علي مساحة كبيرة من سطح الرأس فلا تظهر جروح خارجية بالفروة ولا نزيف بالفروة ولا كسور بالعظام مما يجعل التمييز بين الارتطام والهز أمر في غاية الصعوبة. لكن هذه القوة الموزعة علي سطح واسع تبقي كافية لإحداث معدل شد عالي بالمخ يؤدي إلي نزيف تحت الأم الجافية. المشكلة الأخرى أن الارتطام المميت قد لا يحدث نزيف تحت الأم الجافية ولكن تحدث الوفاة من إصابة منتشرة بالعصبونات **diffuse axonal injury** أو وذمة دماغية وما يصاحبها من اضطرابات بدوران الدم وهو ما يؤدي إلي الوفاة في خلال ١٢ – ٢٤ ساعة بعد الإصابة. الإصابة المنتشرة بالعصبونات غالبا لا تظهر بالصفة التشريحية ولا بالفحص المجهري لأنها تتطلب بقاء المجني عليه فترة لا تقل عن ١٨ ساعة بعد إصابة الرأس، وذلك بالإضافة إلي إن هذه المظاهر أقل شيوعاً وأقل شدة في حالات الأطفال من حالات البالغين. لذلك كانت معظم الاتجاهات تميل إلي أن الواقعة حدثت من هز الرأس أكثر منها من الارتطام

لأن الهز لا يتطلب مشاهدة جروح أو نزيف بالفروة ولا كسر بعظام الجمجمة.

درس Howard وزملائه عام ١٩٩٣م حالات ٢٨ طفل يقل عمرهم عن سنة ونصف يعانون من نزيف تحت الأم الجافية. كل حالات هؤلاء الأطفال تتفق مع ارتطام الرأس أكثر من الهز. ستة أطفال منهم سقطوا علي الرأس من ارتفاع يقل عن ٩٠ سم مثل الوقوع من فوق كرسي من يدي رجل بالغ واقف. ثمانية آخرين سقطوا من الوضع جالساً أو واقفا أو تدحرجوا من السرير ليقعوا علي سجادة علي الأرض. تلاحظ أن كسور عظام الجمجمة يتراوح ما بين ٢٠ – ٤٧%، وقد استنتج هؤلاء الباحثين أن الهز ليس هو السبب الوحيد للنزيف تحت الأم الجافية، وأن حالات إيذاء الأطفال ليست هي المسبب الأكثر انتشارا لإحداث النزيف تحت الأم الجافية.

معظم حالات الارتطام المباشر بالرأس في إيذاء الأطفال تحدث من ارتطام الرأس المتحركة بشيء ثابت أكثر من ارتطام الرأس الثابتة بجسم متحرك. فالغالب أن يحدث اصطدام الرأس من إلقاء الطفل علي الأرض أو مرجحة الطفل من الرسغين أو الكاحلين وصدمه بالحائط أو دفعه علي الأرض أثناء المرجحة. وهنا يجب أن ندرك أنه كلما زادت القوة الدافعة للطفل (أي السرعة التي يرتطم بها بالحائط أو الأرض)، كلما زاد الأثر الإصابي بالرأس. لا يشترط حدوث إصابات بالمخ أن يحدث الارتطام بشيء شديد الصلابة مثل الحائط أو الأرض حيث إن سقوط الطفل بقوة دافعة علي مرتبة أو مخدة سرير كفيل بإحداث إصابة بمخ الطفل. لكننا دائما علينا أن نتذكر أن بعض الآباء يقومون بإلقاء الأطفال لأعلي في الهواء ثم يمسكونه علي سبيل اللعب والمزاح مع الطفل، وفي بعض الأحيان لا يستطيع الأب

الإمساك بالطفل بعد دفعه لأعلي فيقع علي الأرض وتحدث إصابته بالرأس بطريقة غير متعمدة. أما الحالات القليلة نسبياً التي يحدث فيها ارتطام للرأس الثابتة فهي تشاهد في حالة ضرب الرأس صفعة قوية بيد مفتوحة أو بقبضة اليد أو الضرب بعصا وما شابه ذلك.

إننا وإن كنا نؤكد أن معظم حالات إصابات الرأس تحدث من الارتطام أكثر من الهز إلا إن الدراسات والأبحاث تؤكد أن الهز الشديد يمكن أن يؤدي إلي تمزق الأوعية الدموية تحت الأم الجافية، ولذلك يجب أن نقبل بفكرة حدوث الهز بديلا عن ارتطام الرأس كبديل وسببا للنزيف تحت الأم الجافية. إن رأس الطفل كبيرة نسبياً وثقيلة بالنسبة لباقي جسمه وعضلات عنقه التي تكون غير نامية بالقدر الكافي مما يجعل هز الطفل يحدث ثني وبسط شديد بالعنق وحركة دائرية عنيفة بفصي المخ وارتطامهما بعظام الجمجمة.

أما بالنسبة لأنزفة المخ الأخرى في حالات إيذاء الأطفال فإن النزيف خارج (فوق) الأم الجافية غير شائع الحدوث لأن الشرايين السحائية لا تسير في أخاديد عميقة في جمجمة الطفل غير الناضجة مقارنة بجمجمة البالغ. أما النزيف تحت الأم العنكبوتية فهو يحدث عادة مصاحباً لتكدم قشرة المخ.

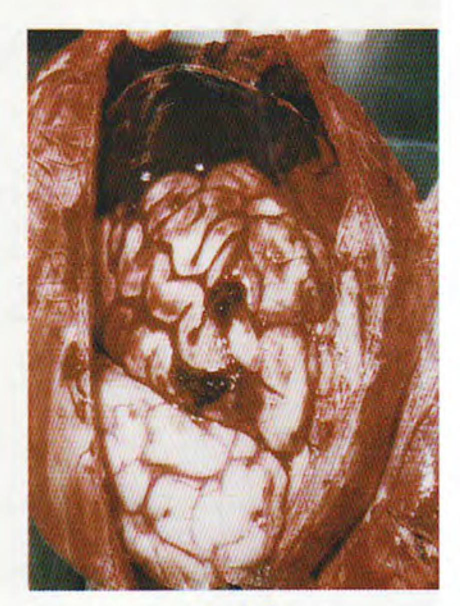
وذم المخ أكثر حدوثا في حالات صدم الرأس في حالات إيذاء الأطفال عنها في صدم رأس البالغين. معظم حالات وفيات الأطفال بعد صدم الرأس تحدث نتيجة ارتفاع الضغط داخل الجمجمة (من وذم المخ مثلا) دون حدوث كسور بعظام الجمجمة أو نزيف سحائي أو إصابة مخية ظاهرة أو التهاب سحائي بالمخ تالي لكسر عظام الجمجمة. في هذه الحالات تشاهد مظاهر الوذم واضحة وتتضح علي هيئة امتلاء المخ وتسطح تلافيفه وانطماس



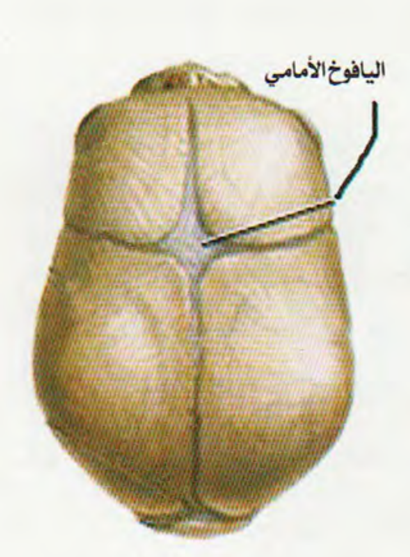
شكل (١٧)
كسور بعظام الجمجمة



شكل (١٨)
نزيف تحت الأم الجافية



شكل (١٩)
نزيف تحت الأم الجافية



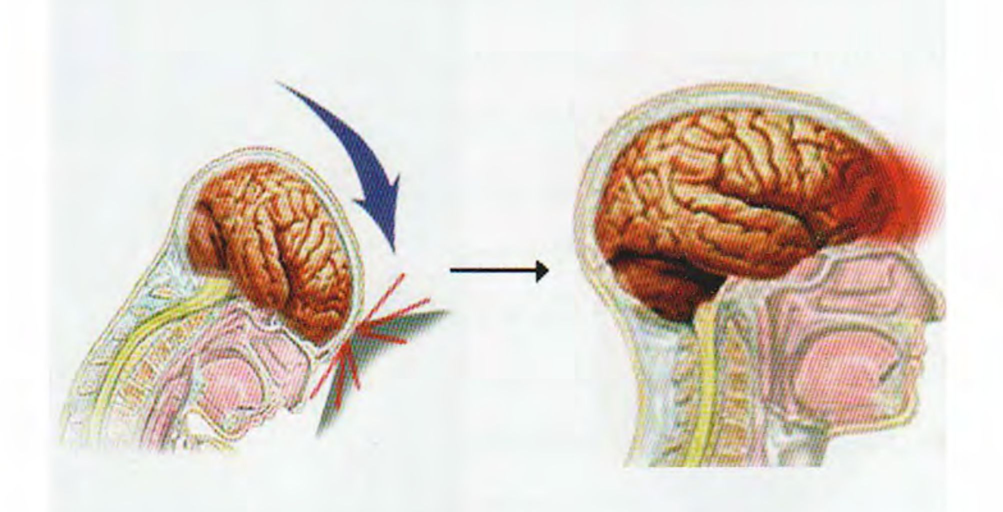
شكل (٢٠)
مرونة عظام الجمجمة



شكل (٢١)
كسور عظام الأضلاع



شكل (٢٣)
متلازمة الطفل المهزوز



شكل (٢٢)
الارتطام المباشر بالرأس

َخاديـده وضـيق بطيناتـه لتـصبح كالـشق. أمـا فتـق التلفيـف الحـصيني hippocampal gyrus خـلال الفجـوة الخيميـة (فجـوة بغطـاء المخـيخ مـن الأم الجافيـة) Tentorial gap، وأنزفـة جذع المـخ الثانويـة، وتحـول لـوزتي المخـيخ Cerebellar Tonsils إلـي الشكل المخروطـي فهي أقل حدوثا فـي الأطفال عن البالغين.

الأعراض والعلامات

في معظم حالات هز الطفل العنيفة (شكل ٢٣) يتم إحضار الطفل لقسم الطوارئ بالمستشفي وهو يعاني من فقدان للوعي أو صدمة، ولكن في العديد مـن الحـالات لا يـتم الـذهاب بالطفـل للمستـشفي نظـراً لعـدم وجـود أعـراض شديدة. فـي الحـالات الأقل شدة قد يعـاني الطفل مـن نعـاس، وتهـيج مفرط، وقئ، وضـعف المـص والبلـع، وقلـة شهيته للرضـاعة أو الطـعام، والعجز عن الابتسام والتعبير، وصـعوبة التنفس، وتـأثر درجـة الوعي، وعدم تساوي حجم إنسان العين، وعدم القدرة علـي رفـع الرأس، وعدم القدرة علـي تركيز العين علي شيء محدد.

الحـالات التـي لا يـذكر فيهـا الأبـوين أو المـسئولين عـن تربيـة الطفـل للأطبـاء واقعـة هز الطفل وتكون الأعراض التـي يعـاني منهـا الطفـل بسيطة مثل النعاس أو التهيج السريع أو صـعوبة فـي المص والبلـع فإن الحالـة عادة تـشخص تـشخيص خـاطئ علـي شـكل إصـابة فيروسـية أو مغـص. إن عـدم تشخيص الحالة تشخيصاً صـحيحاً من قبل الأطباء يجعل هذا الطفل عرضـة مرة أخـري للهـز العنيـف وعرضـه لتدهور حالتـه. إذا شك الطبيـب فـي حالـة متلازمة الطفل المهزوز يجب أن يفحص الطفل عن:ـــ

* أنزفة داخل شبكية العينين، وهي حالة نادرة الحدوث في الحوادث العرضية مثل السقوط وهي أقرب للحدوث في حالات إيذاء الأطفال.

* كسور عظام الجمجمة.

* وذم بالمخ.

* نزيف تحت الأم الجافية.

* كسور في عظام الأضلاع أو العظام الطويلة (عظام الأطراف).

* كدمات حول الرأس والعنق والصدر.

تأثيرات متلازمة الطفل المهزوز علي التعلم والنمو

مشكلة الهز العنيف للطفل إنها مدمرة ومخربة للمخ. ونظراً لأن مخ الطفل غير الناضج يكون لديه معلومات مُخَّزنة قليلة وقدرات عقلية مكتسبة قليلة. ولذلك فإن قدرات المخ علي التقبل والتكيف بعد واقعة الهز تتأثر تأثرا كبيراً، ولا يتبقى للطفل سوي المهارات والمعلومات التي أكتسبها قبل إصابة المخ. فعلي سبيل المثال فإن الطفل الذي تتأثر حاسة الأبصار بشدة لديه لا يصبح قادراً علي التعلم من خلال الملاحظة وبالتالي تقل القدرة الإجمالية للطفل علي التعلم.

يتأثر نمو اللغة والنظر والتوازن والاتساق العضلي بدرجات مختلفة في حالات متلازمة الطفل المهزوز.

مضاعفات متلازمة الطفل المهزوز

الهز العنيف للطفل يؤدي إلي إصابات بالمخ غير قابلة للشفاء، وهو يؤدي إلي الوفاة في نصف الحالات تقريباً، ولكن الأطفال الأحياء قد يعانوا من مضاعفة أو أكثر من المضاعفات التالية:ـــ

(١) فقدان جزئي أو كامل للإبصار.

(٢) فقدان السمع.

(٣) تأخر للنمو.

(٤) صعوبات في السمع والكلام.

(٥) مشاكل في الذاكرة والانتباه.

(٦) تخلف عقلي شديد.

(٧) شلل.

هذه المضاعفات لا يشترط حدوثها بعد الهز العنيف مباشرة فقد تستغرق وقتا طويلاً في الظهور يصل إلي بضع سنوات حيث تعبر هذه المضاعفات عن نفسها غالبا في بداية دخول الطفل للمدرسة، ولذلك في معظم الحالات التي تظهر فيها المضاعفات متأخرة يصعب إيجاد العلاقة بينها وبين الهز العنيف للطفل الذي حدث منذ بضع سنوات.

هناك عوامل كثيرة تؤثر علي حدوث المضاعفات من عدمه وعلي شدة هذه المضاعفات وهي مدة هز الطفل، وقوة هز الطفل، وعدد مرات هز الطفل، وهل تم صدم الرأس في نهاية حركة الهز من عدمه.

القضاء علي متلازمة الطفل المهزوز

هز الطفل قد يحدث لتدليل الطفل أو المزاح معه أو كرد فعل عنيف لصراخ بعض الأطفال الذي لا ينقطع. إن متلازمة الطفل المهزوز يمكن القضاء عليها بشكل كبير بزيادة وعي الآباء عن خطورة تلك المشكلة. يجب أن تكون هناك العديد من البرامج التي تعدها المستشفيات للأم أثناء فترة الحمل ولزوجها لتعريفهم بالمشكلة وخطورتها وتعطيهم الحلول للتغلب علي بكاء الطفل. من ضمن الحلول لمشكلة بكاء الطفل هي:-

* التأكد من توفير الاحتياجات الأساسية للطفل، أي إن الطفل ليس جائعاً أو ليس في حاجة إلي تغيير ملابسه أو الحفاضة (البامبرز) المبتلة.

* التأكد من عدم ارتفاع حرارته لأي سبب مرضـي، أو لكونه في حالة بزوغ أسنان.

* إحداث ضوضاء منتظمة للطفل من خلال تشغيل المكنسة الكهربائية أو مجفف الشعر أو مجفف الملابس أو فتح صنبور المياه في البانيو أو الحوض. هذه الضوضاء تماثل تلك التي يسمعها الجنين في بطن أمه.

* تنويم الطفل علي جانبه الأيسر للهضم أو علي بطنه أثناء الإمساك به حتى ينام. عندما يدخل في مرحلة النوم يتم تنويمه علي ظهره.

* وضع السكاته (المسكتة) في فم الطفل إذا كان غير جائع، أو ترك الطفل يرضع من ثدي أمه (في حالة الرضاعة الطبيعية) أو وضع الببرونة في فمه (في حالة الرضاعة غير الطبيعية).

* لف الطفل ببطانية لتدفئته أو لإشعاره بالأمان.

* مرجحة الطفل برفق علي كرسي المرجحة أو علي أرجوحة وذلك لإحداث حركة تماثل حركة الطفل في الرحم.

* الحديث مع الطفل أو الغناء له.

* تشغيل لعبة تحدث صوت مزعج أمام الطفل.

* وضع الطفل في عربة أطفال أو وضع الطفل في كرسي أمان الأطفال في السيارة وربطه بالحزام.

* إذا استمر بكاء الطفل بالرغم من كل الخطوات السابقة أو إذا تأكد أن الطفل يعاني من ارتفاع في درجة الحرارة فيجب عرض الطفل علي طبيب أطفال.

الطفل الفأر

من أكثر مظاهر الإيذاء البدني غرابة ما يحدث في بعض مناطق الهند حيث تقدم بعض الأمهات أطفالهن لبعض المنظمات الخاصة التي تقوم بضغط رأس الطفل ليصبح شكله علي هيئة الفأر عندما يكبر، وذلك كنوع من القرابين والنذور.


الفصل السابع
الإصابات
البدنية الأخرى

الفصل السابع

الإصابات البدنية الأخرى

أولا:. إصابات الصدر والبطن

حماية القلب والرئتين كبيرة ضد المصادمات والضرب بسبب وجود عظام القفص الصدري، ولذلك نادراً ما تحدث إصابات بالقلب والرئتين في حالات إيذاء الأطفال. الأمر يختلف تماماً بالنسبة لمنطقة البطن حيث يأتي انفجار أحشاء البطن في المرتبة الثانية مباشرة بعد الرأس كسبب من أسباب الوفاة في حالات إيذاء الأطفال نتيجة الارتطام المباشر بأسفل منطقة الصدر أو بجدار البطن. لكن الملاحظ في إصابات البطن (حتى المميتة منها) أنها لا تترك مظاهر إصابية بجدار البطن من الخارج نظرا لرخاوة جدار البطن وعدم وجود عظام تدعم جدار البطن.

إصابات البطن في حالات إيذاء الأطفال تحدث من الضغط علي جدار البطن أو الضرب المباشر لجدار البطن وأسفل الصدر كالركل والضرب بقبضة اليد أكثر من حدوثها نتيجة السقوط والرمي كما هو الحال في إصابات الرأس. إلا إن هذا لا ينفي إمكانية حدوث الإصابة بالبطن من السقوط علي شيء بارز مثل قطعة أثاث ولكن لابد من التأكد من تطابق الظروف المحيطة بمسرح الحادث بمرئيات الصفة التشريحية للجثمان.

إصابة الكبد قد تشاهد علي شكل تمزق عميق بأي فص من فصي الكبد وقد تصل إلي درجة انفصال كامل لجزء من الكبد (وإن كان نادر الحدوث)، مما يؤدي إلي نزيف بالتجويف البريتوني الذي قد يؤدي بدوره إلي الوفاة. إصابة الكبد تحدث من الضرب أسفل الأضلاع أو في منطقة أسفل عظمة

القص مباشرة أعلي جدار البطن علي الخط المنصف أسفل عظمة القص مباشرة فيما يعرف بفم المعدة).

إصابات الأمعاء الدقيقة جائزة الحدوث أيضاً وخاصة الأثني عشر والصائم (الصائم هو الجزء الثاني من الأمعاء الدقيقة). الجزء الثاني من الأثني عشر يقع في منتصف البطن (علي الخط المنصف) ويَعلو الفقرات القطنية ولذلك فإن الضرب في هذه المنطقة يؤدي إلي انضغاط الجزء الثاني من الأثني عشر بين أداة الضرب علي جدار البطن والفقرات القطنية مما يسهل من تمزقه وقد تؤدي الضربة الشديدة إلي قطعه قطعاً كاملاً عند مستوي الانضغاط ويظهر وكأنه كما لو كان مقطوعاً قطعاً حاداً بأداة حادة. أحيانا يؤدي الضرب الشديد لجدار البطن إلي إصابة جدار الأمعاء دون أن ينفجر، ولكن نظراً لتحطم الأوعية الدموية بهذا الموضع من جدار الأمعاء فيحدث نقص تروية لجدار الأمعاء ثم ينفجر بعد عدة ساعات أو بضعة أيام من الضرب وتظهر أعراض الالتهاب البريتوني.

الضرب بالبطن قد يؤدي أيضاً إلي انفجار المعدة، ولكن هذا الانفجار لا بد أن يؤخذ بحذر شديد لأنه أيضاً كثير الحدوث أثناء محاولة إنعاش قلب الطفل لإنقاذ حياته حيث إن الإنعاش الخاطئ قد يؤدي إلي تمزقات خطية وقد تصل إلي انفجار جدار المعدة بالكامل. إلا إننا يجب أن ننوه أن بعض العلماء ينكر حدوث أي إصابات بالأحشاء البطنية من الإنعاش القلبي الرئوي مثل Price وزملائه الذين قاموا بإجراء الصفة التشريحية لعدد ٣٢٤ طفل توفوا نتيجة أسباب مرضية بعد إجراء الإنعاش القلبي الرئوي وتبين لهم عدم وجود أية إصابات بالأحشاء البطنية لهؤلاء الأطفال جميعا. كذلك قام Bush وزملائه بفحص ٢١١ طفل توفوا لأسباب غير إصابية بعد إجراء

الإنعاش القلبي الرئوي ولم يشاهد في أيا منهم وجود إصابات بالأحشاء البطنية.

ثانيا: إصابات العين

الضرب المباشر بقبضة اليد للعين في حالات إيذاء الأطفال قد يؤدي إلي اسوداد جفون العين وأنزفة بالصلبة وملتحمة العين. وقد لوحظ في كثير من ضحايا إيذاء الأطفال الأحياء والأموات حدوث إصابات بداخل العين علي هيئة نزيف داخل السائل الزجاجي للعين أو خلع لعدسة العين أو انفصال شبكية العين أو نزيف بشبكية العين، ويحدث ذلك من جراء الضرب المباشر للعين أو الهز. إن النزيف داخل شبكية العين يمكن حدوثه أيضاً أثناء الضغط الشديد علي الصدر لمحاولة إنعاش قلب الطفل، وإن كان ذلك محل جدل علمي كبير حيث ينكرها العديد من العلماء مثل **Gilliand** و **Luckenback** (١٩٩٣) الذين يرون أن النزيف داخل شبكية العين لا يمكن حدوثه أثناء محاولة إنعاش قلب الطفل. أيضاً هناك بعض أنزفة العين تحدث نتيجة ارتفاع الضغط داخل الجمجمة أو نتيجة أمراض الدم أو أثناء الولادة الصعبة. لذلك في عند الشك في حدوث إيذاء للطفل يجب فحص عين الطفل بمنظار العين في الأحياء، والفحص المباشر للعين في الأطفال الأموات. لكن لتجنب حدوث تشويه بجثة الطفل يجب الفتح علي العين من قاع الجمجمة من خلال الحفرة الأمامية وإزالة الثلثين الخلفيين لكرة العين للفحص مع ترك الثلث الأمامي من العين حفاظاً علي منظر الطفل.

ثالثا: إصابات الأذن

ضرب صيوان الأذن باليد المفتوحة قد يحدث تكدم أو تمزق. كذلك قد يحدث الصفع الشديد باليد علي الأذن ثقب بطبلة الأذن. أما الضرب الشديد

علي الرأس فقد يؤدي إلي إصابة شديدة بالأذن الداخلية التي قد تؤدي لاحقاً إلي الصمم.

رابعا: إصابات الفم

إصابات الفم والشفتين شائعة الحدوث في حالات إيذاء الأطفال وتمثل علامة تشخيصية هامة لإيذاء الأطفال. من أكثر الإصابات شيوعاً بالفم هي تمزق حزمة النسيج الصغيرة (Frenulum) التي تتوسط باطن الشفة العليا وتربط اللثة العليا بالشفة العليا للفم. هذه الحزمة النسيجية تتمزق من جراء الصفع العنيف علي الفم الذي يؤدي إلي إزاحة الأنسجة إلي أحد الجانبين والشد علي هذه الحزمة الرقيقة التي سرعان ما تتمزق. الآلية الثانية لتمزق هذه الحزمة الرقيقة هي إدخال حلمة زجاجة الإرضاع بعنف في فم الرضيع المقاوم فبدلا من إدخالها بين اللثتين فإنها تدخل في المنطقة بين الشفة العليا واللثة العليا فتصطدم بقوة بالحزمة الرقيقة التي سرعان ما تتمزق. هذا الموضع يلتئم بسرعة تاركا أثر مخاطي رخو أو عدم وجود الحزمة الرقيقة أو الاثنين معا.

إصابات الشفتين يختلف معدل حدوثها حسب سن الطفل طبقا لوجود أسنان من عدمه، فكلما كبر الطفل ووجدت الأسنان بفمه كلما زادت فرصة حدوث إصابات الشفتين. في حالة وجود الأسنان فإن الضغط العنيف أو الضرب الشديد علي الفم قد يؤدي إلي تكدم أو تورم أو تسحج أو تمزق خارجي بالشفتين وذلك بسبب انضغاط الشفة بين اليد الضاغطة أو الضاربة وبين الأسنان وخاصة الحافة الحادة للقواطع. كذلك فإن الأكثر شيوعاً هو تشقق أو تكدم السطح المخاطي المبطن للشفة من جراء الضغط. علي إن ذلك لا يمنع من حدوث تكدم أو تشقق بالسطح الداخلي المخاطي المبطن للشفة من جراء الضغط أو الضرب العنيف حتى في حالة عدم وجود أسنان في الأطفال الصغار.

الضرب العنيف للفم قد يحدث إصابات في أسنان الأطفال الأكبر سناً، فقد تتخلع الأسنان من تجاويفها وقد تتكسر أو تتقلقل.

خامسا: الحروق في حالات إيذاء الأطفال

الحروق في حالات إيذاء الأطفال تأخذ سائر أشكال الحروق ولكن الأكثر حدوثا هو ملامسة جسد الطفل بجسم معدني ساخن (شكل ٢٤) أو إطفاء السجائر المشتعلة أو تغطيس الطفل في ماء يغلي (شكل ٢٥).

قد يرغم الطفل علي الجلوس علي أجسام حديدية ساخنة أو قد يتم تسخين جسم معدني علي النار مثل ملعقة أو شوكة الطعام أو ما شابه ذلك وضغط هذه الأداة الساخنة علي جسد الطفل. هذه الحروق عادة تترك انطباعات مميزة للأداة المحدثة لها (شكل ٢٦)، وهي عادة علامة تشخيصية هامة لإيذاء الأطفال لصعوبة حدوثها كحادث عرضي. أيضاً من الحروق الشائعة هي حروق إطفاء السجائر المشتعلة بجسد الطفل وخاصة بالأجزاء غير المعطاة بالملابس كالطرفين العلويين والوجه. تترك السجائر عادة حرق دائري علي الجلد ولكن في بعض الأحيان قد توضع السيجارة بوضع مائل فتترك حرق مثلثي الشكل. يكون حرق السجائر الحديث أحمر اللون ومحاط بإطار أحمر أكثر دكانه. يتحول حرق السجائر إلي اللون القرنفلي بعد التئامه ثم يظهر لمعان فضي علي السطح. كذلك تعتبر حروق السجائر علامة تشخيصية هامة لإيذاء الأطفال لصعوبة حدوثها كحادث عرضي. أحيانا يقرر المعتدي أن السيجارة المشتعلة سقطت من يده علي جسد الطفل وهذا شيء يستحيل أن يحدث حرق كامل التشكل بالطفل (دائري أو مثلثي الشكل)، لأن الحرق كامل التشكل لا يحدث إلا بضغط السيجارة علي موضع الحرق وليس مجرد الملامسة.

حروق السلق (أو السمط) أي الحروق الرطبة شائعة الحدوث في الأطفال عموماً، فقد تحدث كحادث عرضي نتيجة إهمال الوالدين في منع الطفل من الوصول لأواني الطعام والشراب علي موقد النار، وكذلك فإنها شائعة الحدوث في

حالات إيذاء الأطفال. إن التمييز بين الحوادث العرضية وحالات إيذاء الأطفال في حالات حروق السلق قد يستحيل التوصل إليه وخاصة عندما يشاهد السلق بمفرده في جسد الطفل. لذلك ما لم تكن هناك إصابات أخري مميزة لحالات إيذاء الأطفال مصاحبة للسلق فلا يمكن اعتبار حرق السلق حالة إيذاء طفل. في حالات إيذاء الأطفال قد يتم تغطيس الطفل في ماء مغلي بالبانيو أو إناء واسع، وفي هذه الحالات تشاهد حروق بخط مستعرض في الطرفين السفليين أو العلويين (شكل ٢٧). وفي حالات أخري قد يتم إلقاء ماء مغلي علي الطفل من إناء به ماء يغلي مثل إبريق الشاي.

سادسا: مظاهر العض في حالات إيذاء الأطفال

العض أمر شائع الحدوث في الجرائم الجنسية وفي حالات إيذاء الأطفال. معظم حالات العض تحدث من الأمهات ولكن هناك أبحاث تشير لجواز حدوثها من الأب. العض في حالات إيذاء الأطفال يحدث في أي جزء من جسم الطفل ولكن الأماكن المفضلة تشمل الذراعين وخلفية اليدين والوجنتين والكتفين والآليتين والبطن.

في حالات إيذاء الأطفال يكون مركز العضة سليماً. في كل حالات العض بالأطفال يجب قياس حجم قوس الأسنان للتأكد ما إذا كان لشخص بالغ (شكل ٢٨) أم لطفل آخر تشاجر معه أم أن يكون الطفل قد أحدث العض بنفسه وقد ذكر العديد من الباحثين حالات عض أحدثها الأطفال بأنفسهم.

سابعا: إصابات أخري في حالات إيذاء الأطفال

هناك بعض المظاهر غير شائعة الحدوث في حالات إيذاء الأطفال ولكنها تنم عن عنف سادي وذلك مثل:ـ

* نتف شعر رأس الطفل بملقاط في جزء معين من الرأس محدثاً منطقة صلع كاذبة،

* كسر الأصابع من خلال البسط الزائد العنيف للمفاصل السلامية بين الأصابع،



شكل (٢٤)
حروق قديمة وحديثة بالوجه باستخدام جسم معدني ساخن



شكل (٢٥)
آثار قديمة لحروق ناتجة عن تغطيس يد الطفل في ماء مغلي



شكل (٢٦)
حروق بجسم معدني ساخن تترك انطباع الآلة المحدثة لها



شكل (٢٧)
غمر اليد في ماء مغلي



شكل (٢٨)
عضة شخص بالغ للطفل



شكل (٢٩)
إهمال نظافة وصحة الطفل



شكل (٣٠)
الأرق من مضاعفات الإيذاء النفسي



شكل (٣١)
تكرار الإيذاء الجنسي للطفل

* هرس قمة الأصابع بالضغط عليها بجسم ثقيل أو بالوقوف علي يد الطفل.

* خلع أظافر اليدين أو القدمين.

العلامات السلوكية للإيذاء البدني

(١) يبتعد عن البالغين، وإذا اضطر للاقتراب فهو يقترب بحذر.

(٢) يخاف ويضطرب إذا لمسه أحداً فجأة.

(٣) يخاف ويضطرب إذا سمع بكاء الأطفال الآخرين.

(٤) يرتعب من والديه.

(٥) يكون مذعوراً عن العودة للمنزل.

(٦) يظهر للمراقبين له خوفه وعدم ثقته بالآباء والبالغين دون سبب واضح.

أعراض مظاهر الإيذاء البدني

* شخص بالغ يحضر طفل مصاب لقسم الطوارئ بالمستشفي مفسراً حدوث هذه الإصابة بطريقة غير منطقية.

* شخص بالغ يحضر لقسم الطوارئ بالمستشفي طفل مصاب بإصابات قديمة.

* كسور بالعظام غير معتادة وغير مفسرة تفسيراً منطقياً.

* وجود كدمات تحمل انطباعات الأداة المحدثة لها والتي ليس من المتوقع أن تحدث من جراء الأنشطة العادية للطفل مثل مشاهدة كدمات شريطية مزدوجة مستقيمة من الضرب بعصا أو ما شابه ذلك أو كدمات شريطية مزدوجة ملتوية من الضرب بالحزام أو خرطوم أو ما شابه ذلك، وهو غير متصور حدوثه عرضياً بالطفل.

* وجود آثار سلق (حرق بالسوائل) مميز علي شكل القفاز (أي سلق شامل كل اليد حتى الثلث السفلي من الساعد) أو الجورب القصير (أي سلق شامل كل القدم ومفصل الكاحل حتى الثلث السفلي من الساق، وهو ما يشير إلي غمر يد الطفل أو قدمه في سائل مغلي.

* وجود حروق بأجسام معدنية ساخنة تعطي انطباعات مميزة للأداة مثل حروق بشوكة الطعام أو السكين الساخنة وهو غير متصور حدوثه عرضياً بالطفل.

* وجود حروق مستديرة عميقة قطرها حوالي ١ سم علي أجزاء مختفية من الجسم مثل الأجزاء التناسلية والآليتين من جراء إطفاء السجائر المشتعلة بجسم الطفل.

* وجود تكدم أسود بجفون العين للطفل (عيون سوداء) من جراء الضرب بقبضة اليد وهو غير متصور حدوثه عرضياً أثناء أنشطة الطفل اليومية العادية.

* وجود عضة آدمية لشخص بالغ.

* وجود مظاهر لسحجات دائرية حول مفصل الرسغين أو الكاحلين مما يشير لتقييد اليدين أو القدمين.

* غيبوبة غير مفسرة.

* إصابات بالأحشاء الداخلية بالبطن غير مفسرة.

* وجود كسور بالعظام الطويلة لطفل لا يحبو ولا يمشي.

* وجود كدمات بألوان مختلفة في أنحاء مختلفة من الجسم تشير لتعرض الطفل للضرب في فترات متباعدة.

* وجود منطقة منزوعة الشعر (منتوفة الشعر) بالرأس أو بحاجب العين.

<u>الفحوص المطلوبة للأطفال الأحياء</u>

عند الاشتباه في حالة إيذاء طفل يجب إجراء الفحوص التالية:.

(١) فحص عام لكل العظام باستخدام أشعة X .

(٢) الفحص بالأشعة المقطعية أو بالرنين المغناطيسي للرأس أو البطن في حالة كسور عظام الجمجمة أو النزيف بالعين أو القيء غير المفسر، أو الكدمات الشديدة بالوجه أو الجمجمة أو البطن، أو الأعراض العصبية غير المفسرة، أو الصداع، أو فقدان الوعي.

احتياطات خاصة أثناء إجراء الصفة التشريحية لحالات إيذاء الأطفال

بالرغم من أن تشريح جثمان الطفل المتعرض للإيذاء تماثل التشريح في الظروف العادية، إلا أنه يجب أن يقوم الطبيب الشرعي ببعض الأعمال الإضافية مثل:ـــ

(١) يطلب الطبيب الشرعي من الجهات التحقيقية أن ينتقل لمعاينة مسرح وفاة الطفل أو المسرح الذي حدثت فيه الإصابة قبل نقله إلي المستشفي وذلك لمشاهدة طبيعة الأرض والأغطية الموجود عليها المدعي السقوط عليها، وارتفاع المقاعد والكراسي والأسرة المدعي السقوط من عليها، ومشاهدة الأثاث الناتئ المدعي الاصطدام به وقياس المسافات والأبعاد بدقة.

(٢) يطلب فحص الملابس التي كان يرتديها الطفل لحظة وقوع الحادث.

(٣) الاستفسار من الجهة الطبية المعالجة عن إجراء محاولات لإنعاش قلب الطفل من عدمه، لتلافي اعتبار الكسور والتمزقات والأنزفة الناتجة من الإنعاش كمظاهر إصابية.

(٤) التصوير الفوتوغرافي الكامل لكل المواضع الإصابية.

(٥) إجراء فحص شعاعي كامل للهيكل العظمي للطفل قبل البدء في فحص الجثمان.

(٦) لابد من إجراء الكشف الظاهري علي الجثمان بدقة متناهية دون ترك أي جزء من أجزاء الجسم مع فحص فتحات الجسم الطبيعية مثل الفم والشفتين.

(٧) لابد من إجراء الشق الكامل للظهر والآليتين والأطراف للبحث عن أي أثر أصابي قد لا يكون مرئياً بالكشف الظاهري. هذه نقطة في غاية الأهمية لاحتمالية وجود أنزفة عميقة تحت العضلات لا تظهر علي السطح الخارجي، وكذلك لاحتمال وجود انزفة قديمة في تواريخ مختلفة شارفت علي الزوال. في بعض الحالات تكون جميع أسطح الجسم بها أنزفة غزيرة تحت الجلد وبين العضلات وتحت العضلات وتحدث بمفردها الوفاة نتيجة غزارة الأنزفة. يجب ألا

ينخدع الطبيب الشرعي عند مشاهدة البقعة المنجولية (Mongolian spot) وهي منطقة داكنة من فرط تصبغ الجلد في المنطقة القطنية العجزية في بعض الأطفال الصغار ويعتبرها كدمة من كدمات إيذاء الأطفال.

(٨) يفضل سحب عينات كاملة من الجثمان من البول والدم والسائل الزجاجي وسائل الدماغ الشوكي ومحتويات المعدة وجزء من الكبد والمرارة.

(٩) عندما تتوفر الظروف يفضل أخذ عينة جلدية لعمل مزرعة للفيبروبلاست Fibroblast ، ومسحات للمزرعة الجرثومية، وتؤخذ عينة دم لتحديد فصيلة الدم، وعينات لاستخلاص الحمض النووي عند الحاجة.

(١٠) تؤخذ مسحات من اللعاب المفرز حول العضة وذلك لاستخلاص الحمض النووي، ويتم عمل قالب للأسنان من أثر العضة في حالة توفر تخصص طب الأسنان الشرعي في الدولة (هذا التخصص غير متوفر في مصر حالياً).

(١١) التشريح الكامل لكل الأحشاء الداخلية للجسم وأخذ عينات نسيجية من الأحشاء الداخلية للفحص النسجي. قد نحتاج إلي إعادة الفحص الشعاعي لبعض العظام بعد رفع الأنسجة عنها مثل عظام الأضلاع وذلك للتأكد من وجود كسور من عدمه.

(١٢) في حالة التأكد أو الاشتباه من وجود مظاهر إصابية بالمخ يجب إزالة المخ بحرص وتعليقه في محلول الفورمالين لمدة تتراوح من ثلاثة أسابيع إلي شهر، مع أخذ حالات رطبة للفحص السريع عن الوذمة المخية أو إصابة المخ.

(١٣) ينزع الثلثين الخلفيين من كرتي العينين من خلال الحفرتين الأماميتين بقاعدة الجمجمة للفحص المجهري عن الأنزفة والإصابات.


الفصل الثامن
الإهمال والإيذاء
النفسي

الفصل الثامن

الإهمال والإيذاء النفسي

أولا:. الإهمال (الإيذاء الوظيفي)

الإهمال هو تعمد عدم تزويد الطفل باحتياجاته الأساسية. علي أية حال فإن الفعل الواحد للإهمال لا يعتبر إيذاء للطفل ولكن يجب أن يكون الإهمال متكرراً أو متعدداً حتى يعتد به كإيذاء للطفل.

المشكلة الحقيقية تكمن في أن إهمال الأطفال لم يحظ بالاهتمام العالمي مثل الإيذاء البدني أو الجنسي وذلك لأسباب عديدة منها أن آثاره لا تظهر علي جسد الطفل المهمل، ومنها صعوبة إثباته والتحقق منه، ومنها ما أثبتته بعض الدراسات من أن الإهمال لا يقود بالضرورة إلي الانحراف لأن هناك العديد من الأطفال المهملين الذين استطاعوا التغلب علي ذلك وأصبحوا يعيشوا حياة طبيعية بعد ذلك، ومنها اختلاف المعايير العالمية بين الثقافات المختلفة في تعريف الإهمال مثل ما تناولته وسائل الإعلام الأمريكية حينما تناول زوجان من الكتلة الاسكندنافيه الغذاء في مطعم بمدينة نيويورك تاركين طفلهما في عربة رضيع خارج المطعم تحت الشباك الذي جلسا بجواره وكانا علي اتصال بصري مع الطفل طوال الوقت ومع ذلك ارتعب آناس آخرون بالمطعم واتصلوا بالخدمات الخاصة بحماية الأطفال الذين وصلوا فوراً وأخذوا الطفل في الوصاية واتهموا الوالدين بالإهمال وأطلق سراح الوالدين بمجرد أن أتضح أنهما كانا منغمسين في سلوك لا يتغاضى عنه فقط بل يشجع عليه في دولتهم الأساسية حيث لا يؤخذ الأطفال إلي داخل المطاعم ولكن يتركون بدلا من ذلك تحت مراقبة والديهم.

يتخذ إهمال الوالدين أو القائمين علي رعاية الطفل أنماطا عديدة منها:

(١) الإهمال الجسمي

الاحتياجات الجسيمة للطفل تشمل الطعام والملابس الملائمة للطقس والأشراف الأسري أو العائلي ومنزل صحي وآمن والرعاية الطبية، وعلي ذلك فالإهمال الجسمي مثل سوء التغذية أو عدم توفير ملابس مناسبة للظروف الجوية المحيطة بالطفل.

تتضح سوء تغذية الطفل بوضوح في الإرضاع الصناعي للطفل التي انتشرت بشكل واسع وخاصة في العالم العربي وذلك لسببين: **الأول** نزول المرآة للعمل مما يضطرها إلي الرضاعة الصناعية نظراً لتغيبها فترة طويلة عن المنزل أثناء ساعات العمل، **والثاني** هو امتناع بعض السيدات عن إرضاع أطفالهن رضاعة طبيعية وذلك منعا لترهل ثدييها. إن هذه الرضاعة الصناعية تحرم الطفل من المناعة الطبيعية الموجودة في لبن الأم، وتقلل من الحب والحنان الذي يشعر به الرضيع. كما إن ضبط المقادير المطلوبة من الحليب المجفف في رضعه الطفل قد تؤدي للعديد من المشاكل الصحية مثل الجفاف والإسهال المتكرر والضعف العام والهزال. تشير احدي الإحصائيات الأمريكية إلي تعرض حوالي ٢٨٦ ألف من الأطفال في الولايات المتحدة عام ١٩٩٦م إلي الإهمال الجسمي.

(٢) الإهمال الصحي

الإهمال الصحي يشمل عدم العناية الصحية، أو عدم علاج الطفل أثناء المرض، أو عدم الاهتمام بنظافة الطفل (شكل ٢٩).

الإهمال الصحي للطفل قد يبدأ أثناء الحمل وقبل ولادة الطفل وذلك من خلال تعاطي الأم الحامل المشروبات الكحولية أو المخدرات أو عدم تناول

الغذاء المناسب للحمل أو التدخين أو الإسراف في تناول العقاقير الضارة بالجنين. كل هذه السلوكيات الخاطئة قد تؤدي إلي مشاكل صحية وإعاقات جسيمة بالطفل طيلة حياته.

أما الإهمال الصحي للطفل بعد ولادته مثل عدم العناية بالحاجات والمشكلات الصحية للطفل فإنه يصعب إثباتها في معظم الأحيان باستثناء الحالات القليلة التي تخرج فيها الأم أو الأب الطفل من المستشفي أثناء علاجه علي مسئوليتها لخاصة أو الحالات التي تتجه فيها الأم أو الأب للوصفات الشعبية أو مثل استنشاق الطفل لبخار بعض المواد السامة أو شربه سوائل مغلية من بعض المواد السامة مثل الرصاص، وكذلك اتجاه الأم أو الأب للمعالجات الخاطئة مثل الكي الذي يحدث حروق بأجزاء مختلفة من الجسد. كل هذه الأساليب العلاجية الخاطئة قد تؤدي إلي مشاكل وإعاقات صحية خطيرة بالطفل. تشير ذات الإحصائية الأمريكية السابقة إلي تعرض حوالي ٥٠٨ ألف من الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٩٦م إلي الإهمال الصحي. يصعب الحصول علي إحصاء تقريبي للإهمال الصحي في العالم العربي والدول النامية، إلا أنه نظراً لتزايد أعداد وفيات الأطفال في هذه الدول فإننا نرجح زيادة هذا الإهمال الصحي عنه في الدول المتقدمة بنسبة كبيرة.

(٣) الإهمال التربوي والتعليمي

الإهمال التربوي والتعليمي مثل عدم التنشئة السليمة أو عدم الاهتمام بمشاعر الطفل، وعدم إلحاق الطفل بالمدرسة أو عدم تهيئة المناخ المناسب لتعليم الطفل مما يؤدي إلي غياب الطفل المستمر عن المدرسة أو هروبه منها.

الإهمال التربوي للأطفال في العالم العربي والدول المتخلفة أكثر وضوحاً عنه في الدول المتقدمة وغالباً ينتج من كثرة أعداد الأطفال داخل الأسرة الواحدة مما يقلل الاهتمام بالطفل الواحد وغالبا مع الفقر وضيق المكان يلجأ الأطفال إلي قضاء يومهم في الشارع بعيداً عن رقابة الآسرة مما يجعلهم أكثر عرضة للانحراف والتسرب من التعليم أو التأخر في المستوي الدراسي عن أقرانهم.

(٤) الإهمال النفسي

من أمثلة الإهمال النفسي عدم توفير الدعم النفسي للطفل كالتشجيع والحب والحنان.

الإهمال النفسي زادت حدته في العالم العربي وباقي الدول المتخلفة عن الدول المتقدمة لسببين: **الأول** هو خروج المرأة للعمل وترك الطفل فترة طويلة دون رعاية حقيقية من الأسرة وعدم إيجاد البديل الملائم المتدرب جيداً للتعامل مع الطفل أثناء غياب الأم، **والثاني** هو انتشار ظاهرة الخادمات الأجنبيات الذين لا يتحدثون اللغة العربية كبديل للأم المنشغلة دائما عن طفلها وما يصاحب ذلك من غياب رابطة الحب والحنان بين الأم والطفل وإحساس الطفل بعدم الأمان النفسي.

حدد **Glendening , Decalmer** (١٩٩٤م) المظاهر والمؤشرات الدالة علي تعرض الطفل للإهمال بأنها:ـ

* مظاهر الجوع المستمر علي الطفل فيكون وزنه منخفض بشكل غير طبيعي أو تعرضه للجفاف أو يبدو ضعيفاً ومتعباً وذو لون باهت.

* مظهره غير ملائم وملابسه متسخة أو غير منظمة ويعاني من أمراض جلدية مثل الجرب والطفح الجلدي.

* كثرة أو عدم كفاية الأدوية اللازمة للطفل، وعدم العناية بالحاجات والمشكلات الصحية للطفل.

* أحساس الطفل بالتعب المستمر وفقدانه للنشاط والحيوية، مع عدم وجود أسباب واضحة تفسر ذلك.

* عدم توافر الإشراف الملائم للطفل خاصة في الأنشطة الخطرة التي يمارسها الطفل مما يؤدي للعديد من الحروق أو الجروح بجسده.

<u>العلامات السلوكية للإهمال</u>

* احتراف التسول والسرقة والبحث عن الطعام في صناديق القمامة أو سرقة الطعام.

* الانطواء (الانعزال) المفرط أو العدوانية المفرطة أو الميل للتخريب والتحطيم وانتهاك القانون.

* لا يستطيع التعلق بالآخرين (أي يفتقد للعلاقات الاجتماعية).

* يتعثر في الدراسة بشكل كبير (أي يرسب كثيراً ويتأخر عن أقرانه في المستوي الدراسي).

* يفتقد الاهتمام للتعليم والدراسة، ويتثاوب وينام داخل الفصل الدراسي أو يكون كثير الغياب.

* يستخدم عقاقير الإدمان أو الكحول.

عادة يجتمع الإهمال مع الإيذاء البدني للأطفال في نفس الطفل بنسبة حوالي ٥٠-٧٥% من الحالات (أي إن الطفل يتعرض للإهمال مع الإيذاء البدني).

في دراسة أجريت في كندا عام ١٩٩٨م عن حجم ظاهرة إيذاء الأطفال في كندا أظهرت أن ٤٠% من البلاغات كانت عن إهمال الطفل، وقد ثبت

إيجابية ٤٣% من هذه البلاغات، بنسبة تصل إلي ٣.٧ طفل يتعرض للإهمال في كندا لكل ألف طفل.

عادة يكون الجيران والأقارب ثم المدرسين والأخصائيين الاجتماعيين ثم الأطباء وهيئة التمريض هم الذين يكتشفون الإهمال حسب هذا الترتيب.

أعراض وعلامات الإهمال

* الغياب المتكرر من المدرسة.
* (شكوى من أعراض بدنية أو مرضية غامضة (أي لا يمكن تفسيرها).
* اضطرابات في النوم.
* اضطرابات في الأكل والهضم.
* دائما تكون ملابسه متسخة ورائحة جسمه نتنة (لا يستحم).
* يرتدي ملابس خفيفة جداً لا تتفق مع برد الشتاء.
* دائما يذكر عدم وجود أحد يهتم به في المنزل.
* دائما ينطوي ويجلس بمفرده.
* يفشل في النمو للحجم الطبيعي وتبدو عليه أعراض الجفاف وسوء التغذية.
* في الأيام التي يحضر فيها للمدرسة يحضر مبكراً ويغادر متأخراً عن أقرانه ليبتعد عن المنزل.
* يستخدم الكحول والمخدرات في سن صغيرة.
* يبدو غير مكترث أو مهتم دائما.

ثانيا:ـ الإيذاء النفسي

في اعتقادي الشخصي أن الإيذاء النفسي في مصر والعالم العربي وربما في العالم أجمع هو أكثر أنواع الإيذاء انتشاراً ولكنه يصعب إثباته في كثير من الأحيان، بل ويصعب إيجاد تعريف محدد للإيذاء النفسي سواء علي المستوي الدولي أو حتى داخل الدولة الواحدة لاختلاف الثقافات المجتمعية والعادات والتقاليد، وبالتالي فهو يشترك مع الإهمال في ذلك.

الإيذاء النفسي تتعدد مسمياته فهناك من يطلق عليه الإيذاء اللفظي، وهناك من يسميه الإيذاء العقلي، وأحيانا يطلق عليه الإيذاء الوظيفي أو سوء المعاملة الوظيفية. أياً كان المسمي فإن الإيذاء النفسي يتسع مجاله ويتراوح من مجرد اعتداء لفظي بسيط إلي العقاب الشديد ويمكن أن نقول أن الإيذاء النفسي هو الفعل أو عدم الفعل الذي يؤثر علي الصحة العقلية للطفل أو نموه الاجتماعي.

هناك من يعرف الإيذاء النفسي بأنه التمزيق المنهجي لقيمة الطفل البشرية، فهو نموذج من السلوك الذي يتدخل علي نحو خطير في النمو الايجابي الاجتماعي والعقلي للطفل. هذا النوع من الإيذاء هو الأقل دراسة بالرغم من أنه الأكثر انتشار والأكثر وحشية والأشد تدميراً وله تأثيرات بعيدة المدى عن باقي أنواع الإيذاء. أي إن الإيذاء النفسي يعد أشد فتكاً وتدميراً للكائن البشري من الإيذاء البدني والضرب الوحشي. هذا الإيذاء النفسي قد يدفع الطفل إلي عدم الرغبة في الحياة مما يقلل من إقباله علي الرضاعة ويؤدي إلي تأخر نموه أو حتى الوفاة.

العلامات الجسمية للإيذاء النفسي

* تأخر في النمو العاطفي والبدني والعقلي.

* اضطرابات فجائية في الكلام مثل اللعثمة.
* استخدام العقاقير أو المواد المخدرة.

العلامات السلوكية للإيذاء النفسي

* التبول في الفراش.
* تجنب الآخرين.
* مشاكل في النوم مثل الأرق (شكل ٣٠).
* اكتئاب مصحوب بهياج شديد.
* مص إصبع الإبهام بما لا يتناسب مع العمر.
* ميول انتحارية.
* طلبات كثيرة.
* الإفراط في السلبية أو العدوانية.
* تحقير الذات المستمر مثل قول الطفل أنا غير، أو حقير، أو عديم الفائدة.
* رد فعل مفرط تجاه أخطائه (أي محاسبة نفسه بعنف).
* الخوف الشديد من أي موقف جديد.
* رد فعل لا يتناسب مع الألم مقل قوله أنا أستحق ذلك.
* الخوف من العودة للمنزل.
* الجبن والخوف من التعامل مع الوالدين أو البالغين.
* ضعف التركيز.
* اللامبالاة.

أشكال الإيذاء النفسي

في عام ١٩٨٦م ذكر Garbarino وآخرين أهم أشكال الإيذاء النفسي وهي:ــ

(١) الرفض

الرفض هو فشل الآباء في إيجاد علاقة ارتباط مع الأبناء، فيأتي سلوكهم ليخبر الطفل بطريقة أو بآخري بأنه طفل غير مرغوب فيه أو بأنه طفل عديم القيمة، وقد يصبح الطفل كبش فداء الأسرة فيتم تحميله كل مشاكل الأسرة. يشتمل الرفض أيضاً علي عدم إبداء مشاعر الحب والود تجاه الطفل أو عدم الاكتراث والاهتمام بأي تقدم أو تفوق يحققه بما يعني عدم تقدير انجازاته أي إن الرفض يشمل غياب التشجيع الإيجابي للطفل وغياب الشعور العاطفي المادي مثل عناق الطفل، والتحقير والاستخفاف بالطفل، والمقارنة السلبية بالآخرين مثل القول أن الطفل الفلاني يتميز عنك بكذا وكذا دون ذكر الجوانب الإيجابية لهذا الطفل.

(٢) التجاهل

أحيانا يكون الآباء جيدين من حيث توفير متطلبات الطفل المادية من الطعام والصحة، ولكنهم يفتقدوا إلي منح الأطفال الحب والحنان والرعاية، بمعني أن يكون الآباء متواجدين بأجسادهم ولكنهم غير موجودين بمشاعرهم الدافئة تجاه الطفل. هذا التجاهل يشمل عدم منادة الطفل باسمه أو منادته باسم سيئ أو تجاهل وجوده أمام الآخرين، أو إذلال الطفل وأهانته أمام الآخرين.

(٣) الإرهاب

الإرهاب هو إخافة الطفل وانتقاده وعقابه بشدة، والتوبيخ الدائم علي كل تصرف يقوم به، والصراخ في وجه الطفل كرد فعل لأي تصرف من تصرفاته. الإرهاب يشكل إشعار الطفل بأن كل البشر الآخرين أشرار وأنهم يكيدوا له ويتآمرون عليه، وكذلك يشمل تهديد الطفل بالقتل أو التشويه أو إلقائه في الشارع للتخلص منه أو إرغام الطفل علي مشاهدة التعذيب البدني للآخرين سواء كان تعذيب واقعي (حقيقي) أو في مادة فيلمية.

إن مشاهدة الطفل ضرب أبوه لأمه أو أحد أخوته وهو ما يعرف بالعنف الأسرى أو العائلي يخلق في نفوس الأطفال الخوف والذعر ويترك آثار سلبية تستمر فترات طويلة من الزمن. إن مشكلة ضرب الأمهات أمام أطفالهن أصبحت مشكلة عالمية حيث تقدر الإحصائيات الأمريكية تعرض ٣.٥ – ١٠ مليون طفل سنوياً لمشكلة مشاهدة ضرب الأم، ونحن نري أن النسبة في العالم العربي ربما تزيد عن ذلك كثيراً ولكن يصعب حصرها. من مظاهر إرهاب الطفل أيضاً في عالمنا العربي هي حكايات قبل النوم التي تحكي للطفل وهو في سريره عن أمنا الغولة والعفاريت والجن وهي حكايات تدعم سلوك الخوف لدي الطفل.

(٤) العزل

المقصود بالعزل هو منع الطفل من الاتصال والتواصل مع المجتمع المحيط به. فيمنع الطفل من المشاركة في الأنشطة أو اللعب مع أقرانه، أو يحبس الطفل في غرفته منذ عودته من المدرسة حتى ذهابه للمدرسة في اليوم التالي، ويمنع عادة من المشاركة في أنشطة الأسرة اليومية. أحيانا

يحبس الطفل في غرفة مظلمة أو يتم تقييده في كرسي (أو ما شابه ذلك) لفترات طويلة.

(٥) الإفساد

أحيانا يتعمد الآباء إفساد الأبناء مثل السماح لهم أو إجبارهم علي تعاطي الكحول أو المخدرات، أو مشاهدة سلوك وحشي تجاه الحيوانات، أو مشاهدة الصور الإباحية، أو مشاهدة الممارسة الجنسية بين البالغين سواء بين الوالدين أنفسهم أمام الطفل أو من خلال مشاهدة مادة فيلمية عن ذلك، أو مشاهدة أو المشاركة في الأفعال الجنائية مثل السرقة والبغاء والقمار.

تشير الدراسات الكندية إنه في عام ١٩٩٨م كانت نسبة حالات الإيذاء النفسي تمثل حوالي ١٩% من كل حالات الإيذاء، وقد ثبت إيجابية ٥٤% من هذه البلاغات وهو ما يمثل حوالي ٢.٢ طفل يتعرض للإيذاء النفسي من كل ألف طفل في كندا. كذلك في دراسة أخري أجريت في كندا عام ١٩٩٩م أشارت إلي تعرض حوالي نصف مليون طفل في كندا خلال السنوات الخمس السابقة عن الدراسة لمشاهدة أو سماع صوت الضرب والمشاجرات بين الآباء والأمهات.

الاشتباه في تعرض الطفل للإيذاء النفسي

(١) من خلال سلوكيات الطفل

* التطرف في السلوك مثل الإدغان والخضوع الكامل أو يكون طلباته عديدة وملحة، أو السلبية الشديدة أو العدوانية الشديدة.
* سلوكه لا يتفق مع سلوكيات البالغين، ولا يتفق مع سلوكيات أقرانه.
* تأخر في النمو البدني والعاطفي.
* تظهر عليه علامات الاكتئاب أو يحاول الانتحار.

* تظهر عليه علامات القلق الشديد.

* يلاحظ عليه قلة احترامه لذاته.

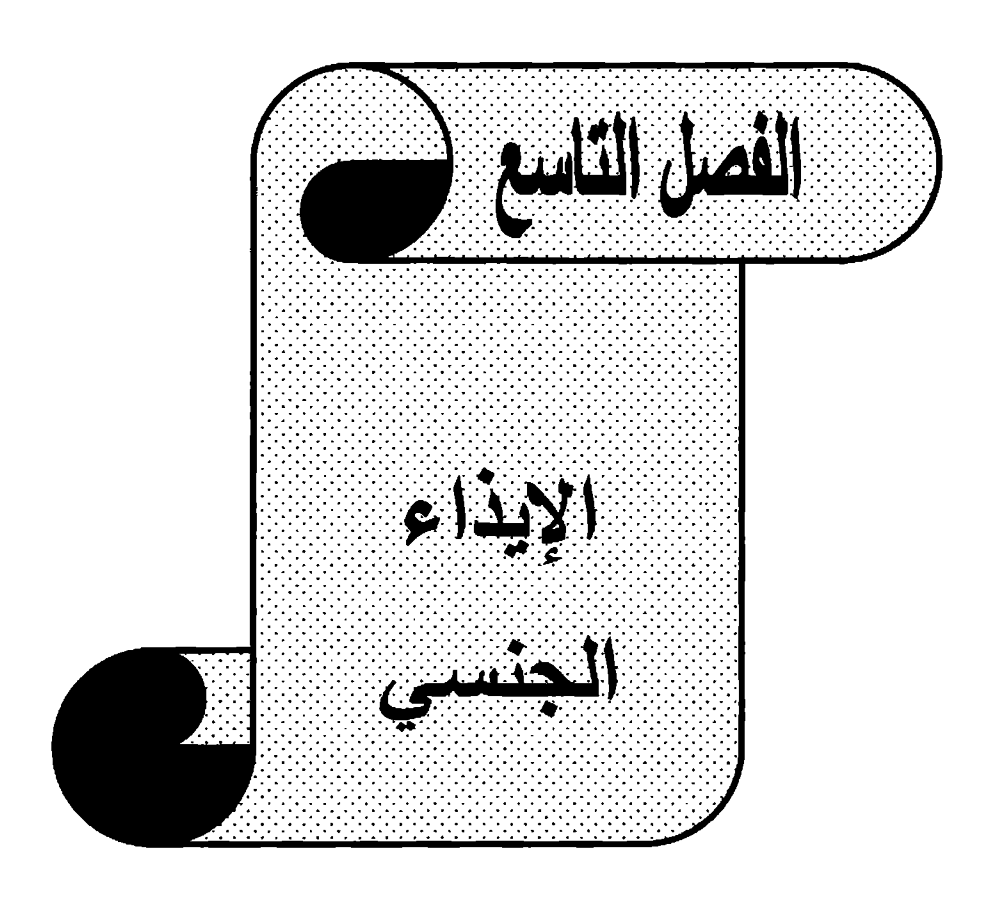
* غير قادر علي التعليم.

(٢) من خلال سلوكيات الآباء

* يلوم الطفل باستمرار أو يصغر ويحقر من شأنه أو يوبخ الطفل بقسوة.

* لا يبدي أي اهتمام بالطفل، ولا يقدم أي حلول أو مساعدة لمشاكل الطفل.

* يرفض الطفل بشدة.


الفصل التاسع
الإيذاء
الجنسي

الفصل التاسع

الإيذاء الجنسي

تعريف الإيذاء الجنسي

الإيذاء الجنسي للأطفال يشتمل علي سلوكيات جنسية عديدة قد تحدث داخل الآسرة من أحد الوالدين أو زوج الأم أو الأقارب مثل الأعمام والأخوال أو أبنائهم، وقد تحدث خارج المنزل من صديق الأسرة أو أحد الجيران أو المدرس أو من شخص غريب لا ينتمي بصلة قرابة للطفل ولم يسبق له معرفته بهدف احدث إثارة جنسية وانتصاب للشخص البالغ دون أي اعتبارات لردود أفعال الطفل أو النتائج والآثار المترتبة علي الطفل من جراء هذا الإيذاء.

هذه السلوكيات الجنسية تشمل الاتصال الجسدي مثل القبلة الجنسية أو ملامسة وتحسس الأعضاء التناسلية للطفل أو الأمر علي الطفل لتحسس الأعضاء التناسلية للبالغ أو حتى استمناء البالغ بيد الطفل، مص الأعضاء التناسلية (البظر والثدي في الطفلة الأنثى والعضو الذكري في الطفل الذكر) أو إيلاج العضو الذكري بالفم أو الفرج أو الدبر (شكل ٣١) كذلك يشمل الإيذاء إجبار الطفل علي التعري أو الدخول عليه في الحمام وهو عار. بل إن نطاق الإيذاء الجنسي اتسع ولم يعد يقتصر علي الاتصال الجسدي بل امتد ليشمل الاستغلال الجنسي للأطفال في الدعاية والإعلان وظهورهم في صور عارية وتصوير الأطفال في الصور الإباحية بأوضاع جنسية إغرائية معينة.

تعريف الإيذاء الجنسي يختلف اختلافا كبيرا بين الباحثين طبقا لظروف معينة مثل فرق السنوات بين عمر الجاني وعمر المجني عليه، ووجود الإكراه

من عدمه، ورد فعل المجني عليه، ووجود الاتصال الجسدي من عدمه، وإيلاج العضو الذكري من عدمه.

فمن ناحية **فرق السنوات بين عمر الجاني وعمر المجني عليه** فيختلف الباحثين إلي ثلاثة اتجاهات حيث يري كل فريق شرط اعتبار الحالة إيذاء جنسي بطريقة تختلف عن الفريقين الآخرين كالتالي:ـ

(١) الفريق الأول يري ضرورة أن يكون الجاني جاوز ثمانية عشر عاماً، وأن يكون المجني عليه لم يبلغ هذه السن (أي لم يبلغ ١٨ سنة).

(٢) الفريق الثاني يري ضرورة أن يكون الجاني أكبر سنا من المجني عليه بخمس سنوات علي الأقل بغض النظر عن سن المجني عليه.

(٣) الفريق الثالث يري أن ذلك يختلف طبقا لسن المجني عليه:.

* فإذا كان عمر المجني عليه يقل عن ١٣ سنة فيشترط أن يكون الجاني أكبر منه بخمس سنوات علي الأقل.

* وإذا كان عمر المجني عليه يتراوح بين ١٣- ١٦ سنة فيشترط أن يكون الجاني أكبر منه بعشر سنوات علي الأقل.

أما من ناحية **ردود فعل المجني عليه** فهناك من يشترط أن تكون سلبية لاعتبار الحالة إيذاء جنسي أي تكون علي غير هوى ورغبة المجني عليه.

أما من ناحية **إيلاج العضو الذكري** فهناك من يتشدد ويشترط لاعتبار الحالة إيذاء جنسي أن يحدث إيلاج للعضو الذكري بالفرج أو الدبر في الإناث، أو بالدبر في الذكور. ذلك علي عكس كثيرين يعتبروا مثلا التصوير للطفل في أوضاع جنسية أو مجرد ملامسة أجزاء هامة من جسد الطفل هي حالة إيذاء للطفل.

بعض قوانين الولايات الأمريكية تتفق مع آراء الباحثين والقانونيين التي تشترط أن يكون عمر الجاني أكبر من الطفل المجني عليه بأكثر من خمس سنوات علي الأقل حتى تقام دعوى الاعتداء الجنسي. لم تشترط القوانين المصرية سن معين للجاني سواء في جريمة الاغتصاب أو جريمة هتك العرض، ولكن المادة ٢٦٧ عقوبات المتعلقة بجريمة الاغتصاب وضعت ظرفاً مشدداً للجريمة وهي أن يكون الجاني من أصول المجني عليها أومن المتولين تربيتها أو ملاحظتها أو ممن لهم سلطة عليها أو كان خادماً بالأجرة عندها أو عند من تقدم ذكرهم حيث جعلت العقوبة الأشغال الشاقة المؤبدة إجبارية وليست اختيارية للقاضي بين الأشغال الشاقة المؤقتة أو المؤبدة.

لكن المشرع المصري وضع سن المجني عليه موضع اعتبار حيث إن المادة ٢٦٨ عقوبات المتعلقة بجريمة هتك العرض بالقوة جعلت العقوبة إذا كان المجني عليه لم يبلغ ست عشرة سنة كاملة تصل إلي الحد الأقصى للأشغال الشاقة المؤقتة (١٥سنة) بدلا من العقوبة التي تتراوح ما بين ٣-٧ سنوات في الأحوال العادية، وذلك وفقا لنص المادة ٢٦٨ عقوبات التي جاء بها ((كل من هتك عرض إنسان بالقوة أو بالتهديد أو شرع في ذلك يعاقب بالأشغال الشاقة من ثلاث سنين إلي سبع، وإذا كان من وقعت عليه الجريمة المذكورة لم يبلغ ست عشرة سنة كاملة أو كان مرتكبها ممن نصل عليهم الفقرة الثانية من المادة ٢٦٧ يجوز إبلاغ مدة العقوبة إلي أقصي الحد المقرر للأشغال الشاقة المؤقتة، وإذا اجتمع هذان الشرطان معاً يحكم بالأشغال الشاقة المؤبدة)).

أيضاً وضع المشرع المصري سن المجني عليه موضع اعتبار في جريمة هتك العرض بدون قوة حيث جعلت المادة ٢٦٩ عقوبات عقوبة هتك عرض

الطفل الذي لم يبلغ سن السابعة (سن التمييز) دون استخدام القوة أو التهديد أو الخديعة الأشغال الشاقة المؤقتة (جناية هتك عرض دون قوة). أما إذا كان المجني عليه قد جاوز السبع سنوات ولم يبلغ ثمانية عشر عاماً وكان هتك العرض دون استخدام القوة أو التهديد أو الخديعة فإن الواقعة تعتبر هتك عرض دون قوة. ويعاقب الجاني عليها بالحبس مدة لا تقل عن أسبوع ولا تزيد عن ثلاث سنوات، وذلك بناء علي نص المادة ٢٦٩ عقوبات التي جاء بها ((كل من هتك عرض صبي أو صبية لم يبلغ سن كل منهما ثماني عشرة سنة كاملة بغير قوة أو تهديد يعاقب بالحبس، وإذا كان سنه سبع سنين كاملة أو كان من وقعت منه الجريمة ممن نصل عليهم في الفقرة الثانية من المادة ٢٦٧ عقوبات تكون العقوبة الأشغال الشاقة المؤقتة)).

معدل حدوث الإيذاء الجنسي

تشير الدراسات الأمريكية أن حوالي ١٠% من الأطفال الذكور وحوالي ٢٥% من الأطفال الإناث قد تم الاعتداء الجنسي عليهم، ونظراً لأن الاعتداء الجنسي يتم بعيداً عن أعين الناس ولتهديد الجاني للطفل المجني عليه بالقتل أو التشويه إذا قام بإبلاغ أي شخص من واقعة الاعتداء الجنسي، ولكون الاعتداء الجنسي غالباً لا يترك أثراً خارجياً يستدل عليه مثل الإيذاء البدني، لذلك فمن المتوقع أن تكون حالات الإيذاء الجنسي أكثر من ذلك بكثير.

تشير دراسة أمريكية أخري أن معدل الإيذاء الجنسي للأطفال الإناث يتراوح ما بين ١٠-١٢% وأن معدل الإيذاء الجنسي للأطفال الذكور يتراوح ما بين ٦-٨% وتشير هذه الدراسة أيضاً أن الجناة الذكور يمثلوا ٨٠-٩٠% من الحالات، والباقي القليل (١٢-٢٠%) من الجناة الإناث.

في دراسة أمريكية أخري أجريت عام ١٩٩٨م جاء بها أن حالات الإيذاء الجنسي تمثل حوالي ١٠% من البلاغات من إجمال بلاغات إيذاء الأطفال وقد ثبت إيجابية ثلث هذه الحالات للإيذاء الجنسي لتقدر نسبة الإيذاء الجنسي في أمريكا بحوالي ٦٨% لكل ألف طفل. تشير دراسة أمريكية صادرة عام ٢٠٠٤م أن عدد الحالات الإيجابية المكتشفة للإيذاء الجنسي للأطفال تبلغ حوالي ٨٠ ألف حالة سنويا، هذا بالإضافة للحالات التي لا يتم الإبلاغ عنها.

أظهرت هذه الدراسة الأمريكية أن الجاني الذكر يمثل ٨٦% من الحالات التي يكون فيها المجني عليه طفلا ذكراً، وكان الجاني أنثي في ١٤% من هذه الحالات. وأكدت أيضاً هذه الدراسة أن الجاني الذكر يمثل ٩٤% من الحالات التي يكون فيها لمجني عليه أنثي وكان الجاني أنثي في ٦% من هذه الحالات.

في حالة الشك في وجود اعتداء جنسي علي الطفل يجب سرعة عرضه علي طبيب الأسرة أو طبيب أطفال أو طبيب جراحة. إذا كانت هناك اتهامات لشخص محدد ارتكب هذه الجريمة أو التأكد من وقوع اعتداء جنسي علي الطفل دون تحديد هوية المتهم يجب إبلاغ الشرطة أو النيابة لسرعة أخذ الإجراءات الجنائية وعرض الطفل علي الطب الشرعي بأسرع وقت ممكن لتوثيق الإصابات وجمع الأدلة المادية التي تدين الجاني. في هذه الحالات التي يوجد بها اعتداء جنسي يجب أن يفحص جسد الطفل فحصاً شاملاً ودقيقاً ويجري له فحص شعاعياً كاملاً للتأكد من سلامة العظام وعدم تعرض الطفل للإيذاء البدني أيضاً وذلك لأن معظم حالات الإيذاء الجنسي

يصاحبها إيذاء بدني. لا بد أن يتم فحص الطفل ظاهرياً ومعملياًً (عينة دم) عن الأمراض التي تنتقل من خلال الاتصال الجنسي.

من هو الجاني

تشير الدراسات الأمريكية إلي أن حوالي ٦٠% من المعتدين جنسياً علي الأطفال كانوا من معارف الأسرة ليسوا من أقاربهم وليسوا من المشرفين علي تربيتهم وغالباً ما يكون الجاني في هذه الأحوال هو صديق للعائلة أو من الجيران. كما تشير هذه الدراسات أن ٣٠% من المعتدين جنسياً كانوا من أقارب الأطفال مثل الآباء (وهي الحالات التي ينطبق عليها الإيذاء الجنسي) أو من الأعمام أو الأخوال أو الأقارب من الصلة البعيدة مثل أبناء الأعمام أو أبناء الأخوال. وتشير هذه الدراسة أيضاً أن حوالي ١٠% من المعتدين جنسياً علي الأطفال كانوا غرباء عنهم أي ليسوا من الأقارب ولا المعارف أو الجيران، أي لا توجد سابق علاقة بينهم وبين الأطفال.

يحدث الإيذاء الجنسي للأطفال في كل المجتمعات وفي كل المستويات الاقتصادية كما سبق أن ذكرنا في فصل أسباب إيذاء الأطفال ولذات الأسباب السابق ذكرها. ولكن الإيذاء الجنسي للأطفال قد يحدث أيضاً نتيجة لنوع من الانحرافات الجنسية وهو ما يعرف بحب ممارسة الجنس مع الأطفال **Pedophilia**.

من أهم أسباب حدوث الإيذاء الجنسي للأطفال هو استغلال البالغ لجهل الطفل المجني عليه بالأشياء الصحيحة والأشياء الخاطئة. لذلك من الضروري أن نعلم أطفالنا أن ملامسة البالغين لبعض أجزاء جسد الطفل هو فعل شائن ويجب أن يقاوم الطفل الشخص البالغ إذا اقترف هذه الأفعال وأن يصرخ طالباً النجدة، وأن يخبر الأهل بما يحدث بسرعة حتى يمكن معاقبة

الجاني. يجب أن نُعَلِّم الأبناء أن هناك بعض الناس أشرارا يرتكبون هذه الأفعال المنافية للآداب ونعلمه ألا يخضع بالكامل للمدرس أو للأقارب بل يجب أن يقاوم أي فعل من هذه الأفعال المنافية للآداب. لكننا يجب ألا نرهب الأطفال من المجتمع بأسره بل يجب أن نقول له أن هناك أناساً أخياراً لا يرتكبون الأفعال المنافية للآداب، وأن هناك أناساً أشراراً يرتكبون هذه الأفعال المنافية للآداب ولذلك يجب مقاومتهم وعدم الخضوع لرغباتهم.

العلامات الجسمية للإيذاء الجنسي

(١) إصابات بمنطقة الفم والمنطقة التناسلية (سحجات أو كدمات).

(٢) نزيف من الشرج.

(٣) تمزق الملابس (خاصة الداخلية) مع مشاهدة بقع دموية المظهر بالملابس الداخلية للطفل عند غسل ملابسه.

(٤) صعوبة في الجلوس وصعوبة في المشي.

(٥) تورم أو هرش بالمناطق التناسلية.

(٦) ألم عند التبول.

(٧) ألم بالحوض أو بالمعدة بدون مبرر طبي لذلك.

(٨) أمراض تناسلية من الأمراض التي تنقل بالاتصال الجنسي.

(٩) الحمل بالطفلة البالغة.

العلامات السلوكية للإيذاء الجنسي

الطفل غير مهيأ فسيولوجياً للتعامل مع الإثارة الجنسية المتكررة. حتى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين الثانية والثالثة ولا يدركون أن الممارسات الجنسية خاطئة تحدث لهم مشاكل لعدم قدرتهم علي التعامل مع الإثارة الجنسية الزائدة. أما الطفل الذي جاوز عمره الخامسة فقد يكون بدأ إدراك

الممارسات الجنسية الخاطئة، وعندما يقع فريسة الاعتداء الجنسي داخل الأسرة فإنه يشعر بأن هناك شيء خطأ حدث ويقع بين نارين: **الأولي** هي حبه ووفائه لهذا المعتدي بصفته عضواً في العائلة وخوفه من التحدث خوفاً علي روابط الأسرة والعائلة، **والثانية** هي إدراكه لكون هذه الممارسة خاطئة ولا يستطيع أن يبوح بها. لذلك يتعرض هذا الطفل لاضطرابات نفسية شديدة ربما تفوق الإضرابات النفسية التي تصاحب الاعتداء الجنسي المصحوب بالعنف من الشخص الغريب.

إن الطفل الذي يتعرض لمحنة الاعتداء الجنسي هو طفل مجني عليه تعرض للغواية أو الخداع من الشخص البالغ فلا يجب أن نلومه مطلقاً بل يجب أن يلوم الآباء أنفسهم إذا لم يكونوا قد تحدثوا مع الطفل ونبهوا عليه من الأمور السابق ذكرها إن هذا الطفل في حاجة لعلاج متخصص عند طبيب نفسي وفي حاجة إلي دعم أسري إذا كان الاعتداء حدث له من خارج نطاق الأسرة. هذا الدعم والعلاج النفسي هام جداً وضروري لعلاج الآثار السيئة للاعتداء، ومنع هذا الطفل لأن يصبح معتدي جنسياً علي الأطفال في المستقبل عند بلوغه أو لمنع الطفلة في من العمل في البغاء من جراء تأثير هذا الاعتداء.

إننا يجب أن نستمع إلي أبنائنا جيداً وأن نجعلهم أصدقائنا ليحكوا لنا تجاربهم خارج المنزل ويجب أن يبتعد الآباء والأمهات عن تغليظ الطفل أو ضربه علي أي تصرف تصرفه حتى لا يمتنع عن أن يحكي لنا تجاربه الخارجية، إن الاستماع الجيد للأطفال يجعلنا نتدارك الأخطاء بسرعة لنوجه الأطفال إلي السلوكيات الصحيحة ونبعدهم عن السلوكيات الخاطئة. من العلامات السلوكية التي قد تشير إلي حدوث إيذاء جنسي للأطفال ما يلي:ـــ

(١) التبول بالفراش الفجائي (أي يظهر لأول مرة بعد الإيذاء الجنسي ولم يكن موجودا سابقاً).

(٢) أحلام مفزعة متكررة، واضطرابات في النوم.

(٣) تغير متطرف في الشهية الطعام (إذا كان قبل الإيذاء الجنسي قليل الشهية يلتهم الطعام التهماً بعد الإيذاء الجنسي، والعكس صحيح).

(٤) الخوف من الرجال، والهلع الشديد عند خلع ملابسه لتغييرها أو يرتدي طبقتين من الملابس حتى يصعب خلعها، وتجنب الاستحمام، ويغلق عليه الباب من الداخل.

(٥) معلوماته عن الأفعال الجنسية ولغته غير معتادة لمثل سنه، أو الاهتمام الزائد بالجنس.

(٦) سلوكيات إغرائية.

(٧) علاقاته بأقرانه ضعيفة جداً، والانسحاب من كل الأنشطة العادية التي كان يمارسها.

(٨) مقاومة مستمرة للذهاب إلي مكان محدد (المكان الذي حدث الاعتداء عليه به) أو المقاومة المستمرة للخروج مع شخص محدد(الذي اعتدي عليه سابقا).

(٩) تدهور في المستوي التعليمي، وفقدانه القدرة علي التركيز.

(١٠) التهديد والتلويح بالانتحار، أو محاولة الانتحار فعلياً.

(١١) مقاومة العودة للمنزل، أو الهروب من المنزل نهائيا.

(١٢) الإذعان التام أو الطاعة العمياء.

(١٣) شكوى من صداع متكرر بدون مبرر طبي لذلك.

(١٤) الاتجاه الفجائي لرسم صور جنسية صريحة.

(١٥) يتصرف كطفل أصغر من عمره مثل العودة لمص أصبعه أو العودة لألعابه القديمة التي كان يلعب بها في مرحلة عمرية سابقة.

(١٦) البكاء أو الحزن المستمر.

الإيذاء الجنسي للأطفال الذكور

يري كثير من الباحثين أن الإيذاء الجنسي للأطفال الذكور شائع الحدوث ولكن الحالات المبلغ عنها تقل كثيراً عن الواقع ولا يتم معالجتها. يري الباحثين أن الأطفال الذكور لا يبلغوا عن الإيذاء الجنسي خوفا من الجاني أو خوفا من وصمة العار الاجتماعية للعلاقات الجنسية المثلية أو رغبة في إظهار رجولته وعدم اعتماده علي الآخرين فيري أن التحدث عن تجاربه المؤلمة أو الإيذاء أمام الآخرين عيبا يؤثر علي استقلاليته ورجولته.

تشير الأبحاث أن حالة واحدة من كل ثلاث حالات للإيذاء الجنسي للأطفال لا يتذكرها الطفل عند سن البلوغ لعدة أسباب منها صغر سن المجني عليه وقت الاعتداء عليه، ومنها الارتباط اللصيق بين الجاني والمجني عليه.

تشير دراسة أمريكية أجريت لبحث معدل الاعتداء الجنسي علي الأطفال الذكور إلي تعرض طفل ذكر من كل ستة أطفال ذكور يقل عمرهم عن ١٦ سنة لاعتداء جنسي واحد علي الأقل. هذه الدراسة تؤكد أن المعدل يزيد عن ذلك كثيراً لأن طفل من كل ثلاثة أطفال تعرضوا للاعتداء الجنسي تذكروا بصعوبة واقعة الاعتداء الجنسي عليهم حيث تبين أنه كلما قل عمر الطفل وقت الاعتداء الجنسي عليه، وكان الاعتداء حدث من شخص مقرب جداً من الطفل كلما قل تذكره لهذه الواقعة عند البلوغ. هذه الدراسة أجريت علي الطلبة الجامعيين وعلي السجلات الطبية للرجال الذين يتلقوا علاج نفسي

بالمصحات النفسية لأي سبب وعلي مجموعة عشوائية للرجال في المجتمع الأمريكي من خلال استبيان شخصي سري مكتوب. عند استبيان الطلبة الجامعيين أقر ٤.٨% إلي ٢٨% في الكليات المختلفة لتعرضهم للاعتداء الجنسي مرة واحدة علي الأقل. وأشارت هذه الدراسة أن المجموعات العشوائية للمدن المختلفة من المجتمع أظهرت أن نسبة الاعتداءات الجنسية علي هؤلاء الرجال أثناء طفولتهم تراوحت بين ٢.٨% إلي ١٦%. أظهرت هذه الدراسة أيضاً أن سجلات المرضي الذين يعالجون بالمصحات النفسية تشير إلي نسبة الاعتداءات الجنسية عليهم أثناء طفولتهم تتراوح ما بين ٣% إلي ٢٣% في المصحات المختلفة.

تشير بعض الإحصائيات الأمريكية الأخرى إلي أن الإيذاء الجنسي للأطفال الذكور يتراوح بين ٤-٧٦% وذلك نتيجة للاختلافات الشديدة بين الباحثين في تعريف الإيذاء الجنسي حيث تنخفض نسبته إلي ٤% مع المتشددين في التعريف والذين يشترطون حدوث إيلاج للعضو الذكري، وترتفع نسبته إلي ٧٦% للذين يرون أن أي احتكاك أو ملامسة للأجزاء الهامة من الجسم هو إيذاء جنسي.

أي طفل ذكر يمكن أن يكون هدفا للإيذاء الجنسي، لكن هناك عوامل خطورة من شأنها أن تجعل الطفل أكثر خطورة للتعرض للإيذاء الجنسي وهي:-

* الطفل الذي يقل عمره عن ١٣ سنة.
* الطفل الذي ينتمي إلي وسط اجتماعي واقتصادي منخفض.
* الطفل الذي لا يعيش مع أيا من أبويه أو يعيش مع أب واحد.
* الطفل المعاق.

* الطفل الذي ينتمي لأم مطلقة أو تزوجت برجل آخر غير والده.
* الطفل الذي يكون أحد أبويه أو كليهما مدمن مخدرات أو كحول.
* الطفل الذي يكون أحد أبويه أو كليهما ارتكب فعل جنائي وعوقب بالسجن.
* الطفل الذي يكون أحد أخوته قد تعرض للإيذاء الجنسي أو البدني سابقاً.

عادة يكون الجاني مرتكب الإيذاء الجنسي للطفل الذكر من الذكور، وهو عادة معروف من المجني عليه، ولكنه لا ينتمي بصلة له. عادة يتم الإيذاء الجنسي خارج المنزل، ويكون متكرراً من نفس الجاني، ويتضمن أنماطا مختلفة من الممارسات الجنسية بعضها يشمل إيلاج العضو الذكر. هذا الإيذاء الجنسي قد يتم بالتهديد باستخدام القوة فقط أو بالاستخدام الفعلي للقوة.

في أحيان قليلة يكون الجاني المعتدي علي الطفل الذكر هي أنثي حيث تشير الدراسات أن الجناة الإناث عادة يقوموا بالإيذاء الجنسي للأطفال الذكور أكثر من الأطفال الإناث، ويتم الإيذاء الجنسي من الأنثى بالإقناع دون استخدام العنف.

أظهرت احدي الدراسات أن٥٦% من حالات الإيذاء الجنسي للذكور التي حدثت داخل الأسرة هي التي تم الإبلاغ عنها، وأن ١٦% فقط من الجناة تم سجنهم، وتم إبعاد الطفل عن أسرته في ٤% من هذه الحالات، وأن ٥٦% من الحالات المبلغ عنها تم تحويلها لقسم الأمراض النفسية والعقلية، وأن نصف هذه الحالات المحولة إلي قسم الأمراض النفسية فقط هي التي تلقت الرعاية.

الإيذاء الجنسي من الأم لأبنتها

دائماً تسلط الأضواء علي الإيذاء الجنسي من الأب لأبنته، ولكن نادراً ما تهتم الأبحاث ووسائل الإعلام بالإيذاء الجنسي من الأم لأبنتها. لذلك فإن رواية الابنة عن تعرضها للإيذاء الجنسي من الأم غالبا لا تصدق أو يذهل الأصدقاء أو باقي أفراد الأسرة أو حتى الأخصائيين الاجتماعيين لسماعها. لذلك تمتنع كثير من الأطفال الإناث التحدث عن هذا الاعتداء خشية ألا تصدق.

الأديان السماوية المختلفة والتقاليد والعادات المجتمعية أضفت علي الأم هالة من التقدير والاحترام نظراً لمجهودها الضخم في تربية وإعداد النشء، وهذا لا خلاف عليه، ولكنه لا يجب أن يضفي علي الأم قدسية خاصة تحول بينها وبين ارتكاب البعض منهن الاعتداءات المختلفة علي الأبناء فالأم أولاً وأخيراً هي كائن بشري يحتمل الخطأ والصواب، ويحتمل أن تكون خيِّرة أو شريرة. ووجود نسبة نادرة من الأمهات التي تمارس الإيذاء الجنسي لبناتها. لا ينفي التقدير والاحترام لمعظم الأمهات. ولكننا يجب أن نقبل ونسلم أن هناك حالات نادرة يحدث فيها إيذاء جنسي من الأم لأبنتها.

الإيذاء الجنسي من الأم لأبنتها قد يكون عنيف ومؤلم جسديا وقد يكون نوع من الممارسات الجنسية العاطفية غير مؤلمة هذه الأم التي تماس الإيذاء الجنسي لابنتها لا يشترط أن تكون محبة للعلاقات المثلية (أي تفضل السحاق فقط)، ولكنها في معظم الحالات تمارس هذا الإيذاء الجنسي مع ابنتها وهي متزوجة وتمارس علاقة زوجية عادية مع زوجها. فقد يكون دافع الأم لذلك هو تعرضها للإيذاء الجنسي الأسري أثناء طفولتها، وقد تكون الأم تعاني من اضطراب نفسي وتريد التحكم والسيطرة علي أبنتها وتبحث عن

الدعم النفسي والعاطفي من ابنتها، وهو ما يعرف بتبادل الأدوار بين الأم وأبنتها.

تشير الدراسات أن معدل حدوث الإيذاء الجنسي من الأم لأبنتها يقل عن ١% من حالات الإيذاء الجنسي عموماً، وتري هذه الدراسة أن العدد أكبر من ذلك بكثير ولكنها ترجع قلة الحالات المسجلة للأسباب التالية:ــ

(١) الندرة الشديدة من الأمهات المعتديات اللاتي تبحث عن العلاج من هذه الآفة، والندرة الشديدة من الأطفال المجني عليهن اللاتي يبلغن عن الإيذاء، والندرة الشديدة التي تكتشف فيها السلطات هذه الوقائع.

(٢) قلة المعلومات المتاحة لأطباء الأطفال أو الأخصائيين الاجتماعيين أو المدرسين عن حالات الإيذاء الجنسي من الأمهات لبناتهن، أو عدم وضع هذا التصور في اعتبارهم.

(٣) الأمهات التي ترتكب مثل هذا الإيذاء تبدو طبيعيات وتظهر اهتمام ورعاية بالبنات مما لا يلفت الأنظار إليهن.

(٤) غياب الحماية للبنات نظراً لغياب الأب أو لانشغاله أو لكونه أيضاً من ممارسي الإيذاء علي أبنائه وبناته.

(٥) غياب أو قلة الأدلة المادية بجسد الطفلة المجني عليها عند الفحص الطبي الروتيني.

(٦) أحياناً يأخذ الإيذاء الجنسي مظهر العناية الطبية الطبيعية مثل استمتاع الأم بإدخال الحقنة الشرجية أو القسطرة أو اللبوس بالشرج أو المهبل.

(٧) أحيانا لا تدرك الأم ولا الطفلة أن ما يحدث بينهما هو إيذاء جنسي بسبب تعرض الأم لذلك في طفولتها دون أن تخبر أحد ودون أن تعلم حتى الآن أن هذا إيذاء جنسي.

(٨) عادة يبدأ هذا الإيذاء في سن مبكرة مع الطفلة ويستمر لفترة طويلة قبل أن تكون الطفلة تعلمت الممارسات الجنسية الصحيحة من الخاطئة فتعتقد أن هذا الإيذاء هو علاقة طبيعية بين الأم وأبنتها.

إن الطفلة التي تتعرض للإيذاء الجنسي من أمها تصبح في حاجة دائمة لأمها ولا تستطيع الاستغناء عنها وتصبح ذات شخصية ضعيفة جداً لاعتمادها علي الأم، وتصبح خجولة وتشعر بالذنب وقلة الثقة في الآخرين وقلة احترامها لذاتها، وتعتقد أنها لن تصبح امرأة أو أم جيدة. صور الإيذاء الجنسي من الأم لأبنتها تشمل إدخال أصابعها بالمهبل أو الشرج ، أو إدخال أشياء غريبة مثل الخضار (الخيار) أو الفاكهة (الموز) أو أي عصا رفيعة بالشرج أو المهبل، أو تحسس الأجزاء الحساسة في الطفلة مثل البظر والآليتين والمنطقة التناسلية وموضع الثديين ، أو القبلات الجنسية وإدخال أصابعها بفم الطفلة لتمصها، إدخال الحقنة الشرجية أو قسطرة أو لبوس بالشرج أو المهبل دون ضرورة طبية لذلك، أو إجبارها علي مشاهدة الأم عارية أثناء الاستحمام أو أثناء تغيير ملابسها أو إجبار الطفلة علي تحسس بظر الأم حتى الاستمناء.

<u>التعامل مع حالات الإيذاء الجنسي من الأم لابنتها</u>

(١) أن نأخذ كلام الطفلة علي محمل الجد، ونتحرى صحة الواقعة من عدمه.

(٢) لا نصدق القصة بمجرد سماعها بل لابد من التحري لأن بعض الأطفال تتمتع بخيال خصب.

(٣) أن نعرض الطفلة والأم للعلاج النفسي.

(٤) إذا لم يفلح العلاج يجب فصل الأنبه عن الأم.

منع الإيذاء الجنسي للأطفال من الأغراب

إن دور الآباء عظيم في تقليل معدل حدوث الاعتداءات الجنسية علي الأطفال من خلال:ــــ

(١) التنبيه علي الطفل بعدم السماح لأي شخص بملامسة أجزاء هامة من جسده مثل منطقة الآليتين ومنطقة الأعضاء التناسلية وموضع الثديين أو التقبيل من الفم، وإذا تعرضوا لذلك فلا يخافوا بل يجب أن يطلبوا من هذا المعتدي التوقف فإذا أستمر عليهم بالصراخ وإذا وقع الاعتداء بالرغم من ذلك فلا بد أن يبلغوا الوالدين عند عودتهم للمنزل. يجب أن يدرك الطفل أن المعتدي جنسياً في وضع أضعف بكثير من أي مجرم أخر فهو جبان ويخشي الفضيحة، ولذلك فإن مجرد اعتراض الطفل أو صراخه سيجعل المعتدي غالبا يترك الطفل ويهرب.

(٢) التنبيه علي الطفل بأن احترامه للمدرس أو مشرفة الحضانة لا تعني بالضرورة الخضوع التام لهما وتنفيذ طلباتهم إذا كانت طلبات غير شرعية. لذلك ينبه علي الطفل بألا يسمح للمدرس بالاحتكاك أو ملامسة الأجزاء السابق ذكرها.

(٣) تغيير الثقافة المجتمعية التي تسمح للأقارب والمعارف بتقبيل الأطفال وعناقهم عند اللقاء مع الأطفال وذويهم، وعدم السماح لأي شخص بالغ كائناً من كان بأن يجلس الطفل علي حجره.

(٤) تشجيع البرامج المتخصصة عن الثقافة الجنسية التي تتناسب مع عمر الطفل لتحدثه عن الممارسات الجنسية المنافية للآداب

العلامات السلوكية للإيذاء الجنسي عبر الإنترنت

(١) قضاء الطفل وقت كبير من يومه وخاصة بالليل أمام الانترنت.

(٢) وجود صور فاضحة علي كمبيوتر الطفل.

(٣) تلقي الطفل لمكالمات من رجال لا تعرفهم الأسرة أو اتصاله بأرقام رجال غريبة عن الأسرة وقضائه معهم في الاتصال لفترات طويلة.

(٤) تلقي الطفل لهدايا أو رسائل بريد الكتروني من رجال لا تعرفهم الأسرة.

(٥) يحرك الطفل الشاشة جانبا عند اقتراب أحد أفراد أسرته منه حتى لا يشاهدون محتواها.

(٦) ينعزل الطفل عن الأسرة.

(٧) يدخل الطفل الانترنت عن طريق أيميل لشخص أخر وليس بالبريد الإليكتروني الخاص به.

العلامات السلوكية للبالغ التي تشير لحب ممارسة الإيذاء الجنسي

(١) دائما يصر علي عناق أو تقبيل الأطفال أو قرصهم في أجزاء من أجسامهم أو المداعبة الشديدة وذلك عند مقابلتهم أمام أهلهم حتى لو لم يكن الطفل راضياً عن وسائل الترحيب هذه.

(٢) يصر علي قضاء وقت طويل مع الطفل في مكان مغلق دون إزعاج أو انقطاع، ولا يفضل قضاء الوقت مع من هم أقرانه وفي نفس مرحلته العمرية.

(٣) يبـدي اهتمامـه بالأنـشطة الجنـسية للأطفـال والمـراهقين فـي كـل أحاديثه.

(٤) يعطـي الطفل أموال أو هديه غاليـة الثمن دون مبرر أو دون سبب واضح.

(٥) يحـب مـشاهدة الـصور الفاضـحة للأطفـال أو يطلـب مـن الطفل أن يتعرى أمامه.

(٦) دائماً يصف ويتحدث عن مشاكله مع زوجته سواء كانت من ناحية العلاقة الجنسية أو الشجار العادي الذي يشير إلي اختلافهما عن بعضهما في الرؤى والأفعال.

(٧) دائماً يحاول أن يشاهد الأطفال أثناء استحمامهم فيقترب من الحمام كثيراً لمحاولة رؤية الطفل عارياً.

(٨) يشجع الأطفال علي الاحتفاظ بالأسرار وعدم التحدث مع والديهم في كل شيء.

(٩) يحب أن ينادي الأطفال بأسماء تحتمل معاني جنسية غير أسمائهم.

(١٠) يطلب من زوجته أو من يمارس الجنس معها أن ترتدي ملابس المراهقين أو تتصرف تصرفات الأطفال والمراهقين.

(١١) يطلب التطوع للعمل كجليس للأطفال مجاناً.

استبيان الاعتداء الجنسي علي الأطفال الذكور

للتأكد من حدوث إيذاء جنسي يسأل الأخصائي الاجتماعي الطفل عما إذا كان قد تعرض لملامسة الأعضاء التناسلية من جسمه أو أي جزء أخر من جسده أو إذا كان قد تعرض لأي فعل جنسي من الأفعال التي ينطبق عليها

الإيذاء الجنسي. إذا أجاب الطفل بلا ينتهي الاستبيان، أما إذا أجاب بنعم فيسأل الطفل عن:ــ

(١) من هو هذا الشخص الذي قام بهذا الفعل.

(٢) هل هو ذكر أم أنثي.

(٣) ما هو العمر التقريبي للطفل لحظة هذا الاعتداء ؟

(٤) ما هو العمر التقريبي للجاني ؟

(٥) كم عدد مرات الاعتداء ؟

(٦) ما هي الفترة الزمنية التي استمرت فيها هذه الأفعال المتكررة (أيام، أسابيع، شهور، سنوات).

(٧) هل استخدم الجاني التهديد في الاعتداء ؟

(٨) هل استخدم الجاني الضرب والقوة في الاعتداء ؟

العديد من الأطفال لا يخبروا أي أحد عن تعرضهم للإيذاء وذلك لأسباب عديدة منها تهديد الطفل بالقتل أو التشويه إذا قام بإبلاغ أي أحد، ومنها اعتقاد الطفل أن هذا شيء طبيعي وذلك بسبب ما يذكره الأب (مثلا) لأبنه أو لأبنته أن الممارسة الجنسية معه هي شيء طبيعي يحدث بين كل الآباء والأبناء، ومنها شعور الطفل بالخجل من تعرضه لهذا الإيذاء وبأنه مسئول جزئياً عما تعرض له وشعوره بالذنب لعدم قدرته علي منع هذا الإيذاء. لذلك قد يلجأ الأطفال إلي طريقة غير مباشرة للإبلاغ عن هذا الإيذاء فيقول مثلاً للأب ((لا تدعني أذهب إلي بيت جدي فأنا لا أحب الذهاب هناك)). في هذه الحالة يجب أن يدرس الأب سبب رفض الابن الذهاب لجده فقد يكون عرضة للإيذاء الجنسي هناك. أحياناً تكتشف حالات إيذاء الأطفال مصادفة أثناء توقيع الكشف الطبي الروتيني عند طبيب الأسرة أو أثناء علاج الطفل

من علة أخري لذلك فإن سؤال الأطفال عن الإيذاء يجب أن يسبقه تطمين للطفل بأنـه لـن يتعـرض لأي خطـر مـن جـراء هـذا الحـوار أو مـن جـراء الإدلاء بـأي معلومات. إن مجري اللقاء مع الطفل يجب أن يتمتع بصبر كبير حتى يستطيع أن يخرج بمعلومات جيدة عن تعرض الطفل لإيذاء من عدمه لأن الطفل غالباً يقاوم بشدة الإدلاء بالحقيقة (في حالة تعرضه للإيذاء) من جراء تهديد الجاني له.

رد الفعل النفسي للطفل الذي تعرض للإيذاء قد يظهر سريعاً عقب الإيذاء مباشـرة أو يـستغرق عـدة أيـام أو عـدة أسـابيع حتـى تظهـر آثـاره. أعـراض هـذه المضاعفات النفسية غالبـاً تكون شخصيته جدا وتتوقف بشكل كبير علـي عمـر الطفل وقت تعرضه للإيذاء.

الأطفال الصغار جداً دائما يكون لديهم خوف قوي عند الابتعاد عن آبائهم، لـذلك فإيـذاء هـؤلاء الأطفـال يظهـر علـي شـكل سـلوكيات مراحـل النمـو الأولـي (سلوكيات ارتدادية) مثل مص إصبع الإبهام أو التبـول فـي الفراش أو عدم نـوم الطفل في سريره بمفرده نهائيا (الخوف من الظلام).

عند دخول الطفل مرحلة الحضانة وبداية التعليم الابتدائي تظهر مضاعفات الإيذاء علي هيئة تغير في العلاقات الاجتماعية للطفل مع زملائه في الحضانة أو المدرسة أو الأقارب، أو عدم القدرة علي التركيز، أو اضطرا بات في النوم، وأحلام مزعجة، بعض هؤلاء الأطفال لا يشكون سوي من أعراض جسمية ولكنها ليس لها سند طبي.

الطفل في سن المراهقة المتأخرة تظهر مضاعفات الإيذاء علي شكل استرجا ع لإحداث الإيذاء وأعراض انفصال فينسحب اجتماعيا (العزلة) ويتجنب أي منبـه لـه علاقة بالإيذاء. كثيراً من هؤلاء الأطفال يلجأوا لتعاطي المخدرات والكحول للتغلب علي استرجا ع إحداث الإيذاء والهروب من الاضطرابات العاطفية الشديدة.


الفصل العاشر
متلازمة منشوسن
بالوكالة
ومضاعفات إيذاء الأطفال

الفصل العاشر

متلازمة منشوسن بالوكالة

متلازمة منشوسن بالوكالة **Munchausen by proxy syndrome** هي حالة غير شائعة الحدوث تتضمن المبالغة أو افتعال أعراض أو افتعال حالة مرضية بالطفل من أحد الأشخاص القائمين علي رعايته، وهي تعتبر واحدة من أخطر أشكال إيذاء الأطفال، وسميت هكذا لأن من قام بوصفها هو العالم الألماني **von Manchausen** وذلك في القرن الثامن عشر.

متلازمة منشوسن بالوكالة هي عبارة عن شخص (عادة الأم) تتعمد جعل شخص آخر (غالبا طفلها الذي لم يبلغ لسن الدراسة) مريض أو تحاول إقناع الآخرين أن طفلها مريض. عادة هذه الآم تكذب وتدعي أن طفلها يعاني من مشاكل طبية زائفة هي التي قامت بإحداثها، وعادة يؤيد الأب رواية الأم فهو لا يعرف الواقعة من بدايتها حيث يري فقط طفله يعاني من الأعراض التي تذكرها الأم. نظراً لشدة الحالة حسب ادعاء الأم يضطر الأطباء لأجراء تحاليل طبية عديدة، واستخدام أنواع متعددة من العلاجات، أو يضطروا لحجز الطفل بالمستشفي أو حتى إجراء جراحي لتحديد سبب العلة المدعاة.

هذه الأم تشعر بالرضا عندما تثير انتباه وتعاطف الأطباء والممرضات والأقارب والجيران الذين هم علي صلة بها أو بالطفل. البعض الآخر من علماء النفس يرى أن شعور الفاعل (مثل الأم) بالرضا ليس راجعاً لقدرته علي جذب انتباه وتعاطف الآخرين ولكن لقدرته علي خداع الآخرين لكن السؤال المهم هو لماذا ينخدع الأطباء وهيئة التمريض المتمرسين في العمل الطبي بالادعاءات الكاذبة وخداع هذه الأم أو هذا الأب، وهل هذا الخداع يقع فيه الأطباء ضعيفي المستوى المهني أم من الممكن أن يقع فيه أي طبيب مشهود له بالكفاءة. الواقع العملي يؤكد أن كبار الأطباء وأكثرهم خبرة ينخدعوا ويقعوا ضحية خداع هذه الأم

أو هذا الأب لسبب بسيط وهو مظهر اعتناء الأم الزائد بطفلها وعدم تصور الأطباء أن يكون المسئول عن رعاية الطفل هو مصدر الأذى لهذا الطفل.

إن معظم أطباء الأطفال قد سمعوا عن متلازمة منشوسن بالوكالة ومع ذلك عندما تأتي الأم وتظهر هلعها بحالة طفلها فإن الأطباء نادراً ما يتبادر إلي ذهنهم هذه المتلازمة حتى لو كانت الأعراض التي تصفها الأم متعارضة.

تشير الدراسات الإحصائية إلي أن الأطفال ضحايا متلازمة منشوسن بالوكالة غالباً يكونوا في مرحلة ما قبل دخول المدرسة إلا إن هناك حالات قليلة مسجلة فوق هذا السن وحتى ١٦ عاماً من العمر. يتساوى الأطفال من الجنسين كضحايا لهذه المتلازمة، ولكن ٩٨% من الجناة من الإناث وغالباً تكون الأم ذاتها. أن تشخيص هذه المتلازمة في غاية الصعوبة ولكنها تشتمل علي بعض المظاهر التالية:ـــ

(١) طفل يعاني من مشاكل طبية متعددة لا تستجيب للعلاج علي سبيل المثال تذكر بعض المراجع حالة طفلة لم يبلغ عمرها ٨ سنوات ومع ذلك تم حجزها في المستشفي ٢٠٠ مرة وأجريت لها ٤٠ عملية جراحية لتحديد سبب علتها. تذكر المراجع أيضاً حالة طفل لم يبلغ عمره عامين ومع ذلك فقد تم احتجازه بالمستشفي حوالي ٢٠ مره نتيجة مضاعفات الربو، والالتهاب الرئوي، والالتهابات الغامضة، وارتفاع الحرارة المفاجئة. وقد ثبت في هاتين الحالتين أن الأم كانت هي المسئولة من إحداث وافتعال معظم هذه الأعراض والأمراض بالطفلين.

(٢) مرئيات الفحص الطبي للطفل ونتائج التحاليل المعملية لا تتفق مع الأعراض المتكررة التي تشكو منها الأم.

(٣) تكون الأعراض قصيرة الأجل وتختص في عدم وجود الأم، أي لا يشكو منها الطفل إلا في وجود الأم.

(٤) عدم سعادة الأم أو عدم اطمئنانها بالأخبار الجيدة لنتائج التحاليل المعملية التي تؤكد عدم وجود مشكلة صحية يعاني منها الطفل، وتظل تستمر في الاعتقاد أو الادعاء بأن طفلها مريض.

(٥) أم مطلعة علي معلومات طبية بغزارة ومفتونة بالتفاصيل الطبية وتستمتع ببقائها واحتجازها في المستشفي مع طفلها وتستمتع بالمناخ الطبي عموماً.

(٦) الأم التي تكون هادئة جداً أمام المشاكل الصحية الخطيرة التي يعاني منها طفلها.

(٧) الأم التي تطلب دائما تداخل طبي آخر أو وسيلة طبية أخري أو تأخذ رأي طبيب آخر أو تنتقل بطفلها إلي مستشفي أو وسيلة أكثر تقدما بالرغم من تأكيد أكثر من طبيب لها أن الحالة لا تستدعي ذلك.

أسباب متلازمة منشوسن بالوكالة

العديد من هؤلاء الأمهات كانوا ضحايا الإيذاء البدني والجنسي أثناء طفولتهم. كذلك فإن حالات كثيرة منهم جاءت من عائلات كان المرض هو الطريق الوحيد للحصول علي حب واهتمام الآخرين. إن الاحتياجات الشخصية لهذا القائم علي رعاية الطفل في هذه الحالات تتغلب علي القدرة علي رؤية الطفل كشخص له حقوق وأحاسيس، وغالبا يكون ذلك عائداً لأن هذا الشخص نما في أسرة كانت لا تري أن الطفل هو إنسان له حقوق وأحاسيس.

البعض الآخر من علماء النفس يري أن أفعال هؤلاء الأمهات هي في الواقع صراخ وطلب المساعدة من الآخرين لشعورهم بالقلق أو الاكتئاب، أو ناتجة عن الشعور بعدم القدرة أو الكفاءة في القيام بدور الأم (أو الأب) ورعاية طفلهم الصغير. إن الكثير من هؤلاء الأمهات تشعر بالشكر والامتنان بطبيب طفلها الذي يؤكد لها مهارتها في رعاية الطفل.

كيفية إحداث الأعراض أو الأمراض

تم وضع كاميرات في حجرات احتجاز الأطفال بالمستشفيات أثناء مرافقة الأمهات للأطفال في نفس الغرفة وذلك لتفسير عدم تحسن حالة الأطفال بالرغم من المتابعة الصحية وشوهد أن الأمهات الجناة قمن بأعمال مختلفة عديدة. علي سبيل المثال شوهدت أم تغلق سريان المحلول، وشوهدت أخري تحقن طفلها بالبول لإحداث التهابات. وشوهدت ثالثة تضع نقاط من الدم في عينة بول طفلها، وأخري كانت تضع في المحلول المتصل بالطفل سائل إزالة دهان الأظافر، وأخري كانت تغطس رأس طفلها تحت الماء لدرجة أن يشارف علي الاختناق غرقاً ثم تخرجه وتجري وهي في حالة هياج طالبة مساعدة الأطباء وهيئة التمريض لإنقاذ الطفل دون ذكر ما أحدثته. وكذلك شوهدت أخري وهي تحك جلد طفلها بالمنظفات الصناعية، وأخري كانت تضع إصبعها في حلق طفليها حتى يتقيأ.

في حالات كثيرة مسجلة كانت الأم تكتم نفس طفلها لأقل من دقيقة حتى يفقد وعيه ثم تصرخ طالة النجدة حتى يتم إسعافه من قبل باقي الأهل أو تجري به للمستشفي لإنقاذه مدعية أنه يعاني من توقف التنفس وزرقة الوجه وفقدان الوعي. تكرر الأم فعلتها هذه عدة مرات حتى يتم حجزها وطفلها بالمستشفي. عادة لا يعاني هؤلاء الأطفال من توقف التنفس وزرقة وفقدان الوعي أثناء احتجازهم بالمستشفي إلا إذا كانت الأم تقيم بمفردها في حجرة مستقلة بالمستشفي. تعود هذه الأعراض للظهور بشدة بعد خروج الأم والطفل من المستشفي إلي أن تقتل الأم طفلها أو يتم تشخيص متلازمة منشوسن بالأم. في بعض الحالات المسجلة عالميا تم تشخيص متلازمة منشوسن بالأم بعد قتلها ستة من أبنائها بكتم أنفاسهم وكان الأطباء يعتقدوا أن الأطفال كانوا يعانوا من متلازمة وفاة الطفل الفجائية. في حالة ثانية تم التشخيص بعد قتل الأم لثلاثة من أطفالها، وفي حالة ثالثة تم التشخيص بعد قتل الأم لاثنين من أطفالها. في كل الحالات السابقة كان القتل يتم بكتم النفس.

واعترفت الأم في الأحوال الثلاثة بعد مواجهتها بالتشخيص أو بعد تصويرها بالفيديو أثناء قيامها بكتم نفس الطفل.

أياً كانت هذه المظاهر والأعراض فإنها عادة تختفي عند ابتعاد هذه الأم عن طفلها وتعاود الظهور بمجرد رجوع الطفل لأمه، وعادة تنكر الأم معرفتها بكيفية حدوث هذا العرض أو المرض. معظم الأعراض التي تتحدث عنها الأمهات هي نقص نمو الطفل، الحساسية، الربو الشعبي، الإسهال، القيء، والالتهابات.

جسامة الإصابات ومضاعفاتها بالطفل ضحية متلازمة منشوسن بالوكالة تعتمد علي حدة ودرجة الإصابات والوقت المستغرق للتعرف علي الحالة وتشخيصها. قد تتضاعف الحالة علي شكل كسور بالعظام تلتئم التئامات معيبة أو تحدث تشويه بالعظام أو العرج أثناء المشي، تخلف عقلي، عمى، تغيرات مرضية بالمخ. عادة يحتاج الطفل ضحية هذه المتلازمة العديد من التداخلات الجراحية.

بعض الأطفال ضحايا هذه المتلازمة يصبحوا في المستقبل جناة لأبنائهم بنفس هذه المتلازمة.

إذا تم تشخيص الحالة ووجه الاتهام للأم (مثلا) بإحداث هذه الإصابات متعمدة بطفلها فقد تزيد حدة هذه الأعراض والأمراض بالطفل في محاولة من الأم لإثبات وجود عله مرضية بالطفل عجز الأطباء عن اكتشافها، أو قد تهرب بالطفل إلي مكان أخر لتستمر في إحداث هذه المتلازمة بطفلها.

إذا أنكرت الأم التهمة الموجهة إليها بالرغم من تأكد الجهات الطبية أن الأم هي الفاعلة يجب أن يبعد الطفل عن أمه ويوجه الاتهام الجنائي للأم.

مضاعفات إيذاء الأطفال

العوامل التي تؤثر في مضاعفات إيذاء الأطفال

لا يشترط أن يعاني كل الأطفال الذين تعرضوا للإيذاء لمضاعفات بعيدة المدى حيث يختلف رد فعل الطفل والمضاعفات بعيدة المدى اختلافا كبيراً معتمداً علي عدة عوامل وهي:ـــ

(١) عمر الطفل ومرحلة نموه عند تعرضه للإيذاء.

(٢) نوع الإيذاء (بدني أو جنسي أو نفسي أو إهمال)

(٣) عدد مرات الاعتداء، ومدة الاعتداء في كل مرة، وشدة هذا الاعتداء.

(٤) العلاقة بين المعتدي والطفل المعتدي عليه.

أبحاث عديدة حاولت أن تبحث عن أسباب ظهور المضاعفات بعيدة المدى في بعض الأطفال دون الآخرين بالرغم من تعرضهم لظروف اعتداء مماثلة. معظم هذه الأبحاث أظهرت أن بعض الأطفال الذين يخرجوا من واقعة الإيذاء سالمين من المضاعفات بعيدة المدى هم أولئك الذين لديهم قدرات شخصية للتغلب علي المشكلات والمصاعب وسهولة التكيف مع التجارب السلبية وهو ما أطلقوا عليه المرنة. حاول العلماء تفسير وجود هذه المرونة في بعض الأطفال وغيابها في الأطفال الآخرين وتوصلوا إلي أن بعض الصفات الشخصية التي يتمتع بها الطفل هي التي تزيد مرونته وقدرته علي التكيف والمواجهة مثل التفاؤل واحترام الذات والذكاء والإبداع والاستقلالية والصداقة القوية مع بعض أقرانه والتأثير الإيجابي لبعض الأشخاص علي الطفل مثل المدرس. كذلك وجدوا هناك مؤثر آخر علي تخلف مضاعفات بعيدة المدى وهي البيئة المحيطة الجيدة وتشمل البيئة الاجتماعية المحيطة بالطفل وثبات الجيرة (أي استقرار نفس السكان في

المنطقة فترة طويلة) وسهولة الالتحاق بمدرسة آمنة ووجود رعاية طبية مناسبة.

أولا:- المضاعفات العامة لإيذاء الأطفال

(١) المضاعفات البدنية

تشير الدراسات الأمريكية أن أكثر من ٢٥% من الأطفال الذين تم إيداعهم دور الرعاية لمدة تزيد عن سنة بعد إيذائهم مازالوا يعانوا من مشكلة صحية ما، مثل:ــ

(أ) مضاعفات متلازمة الطفل المهزوز (سبق ذكرها).

(ب) فشل نمو المخ: حالات الإيذاء البدني الشديد للطفل قد ينتج عنها فشل نمو المخ. إن عدم نضج المخ أو الفشل في النمو يصاحبه مضاعفات بعيدة المدى مثل النقص في المعرفة والإدراك، ونقص القدرات الدراسية واللغوية. تشير الدراسات الأمريكية أن ٧٥% من الأطفال المتواجدين في دور الرعاية يعانوا من مخاطر صحية متوسطة إلي عالية تتعلق بنمو المخ.

(ج) تشير الدراسات إلي أن الطفل المتعرض للإيذاء قد يعاني مستقبلا من أمراض مزمنة مثل الحساسية، والتهابات المفاصل، وحساسية الصدر، والتهاب الشعب الهوائية، وارتفاع في ضغط الدم، والتقرحات.

(٢) المضاعفات النفسية للإيذاء

(أ) صعوبات أثناء فترة الطفولة:ـ هذه الصعوبات تشمل الاكتئاب ومظاهر الانسحاب والعزلة عن الأسرة والمحيطين وهي كثيرة الحدوث في الأطفال الذين يقل عمرهم عن ثلاث سنوات عند الاعتداء.

(ب) الأمراض النفسية والعقلية:ـ أظهرت احدي الدراسات طويلة المدى أن ٨٠% من البالغين الذين تعرضوا للإيذاء في طفولتهم يعانوا علي الأقل

من اضطراب نفسي واحد عند بلوغهم ٢١سنة. هذه الاضطرابات تشمل الاكتئاب، القلق. اضطرابات في الأكل، محاولات انتحار، اضطراب الخوف والذعر، اضطرابات الانفصال، وغيرها.

(ج) صعوبات في المعرفة والإدراك: أكدت الدراسات أن هناك علاقة ارتباط وثيقة بين تعرض الطفل للإيذاء وبين قدرته علي تعلم المعارف المختلفة والإدراك، والتطور اللغوي ومستوي التحصيل العلمي.

(د) صعوبات اجتماعية:ـ تشير الدراسات إلي أن الطفل الذي تعرض للإيذاء يعاني من اضطرابات في الشخصية وسلوك عنيف، الذي قد يصل به إلي سلوكيات الشخص المضاد للمجتمع.

(٣) المضاعفات السلوكية

تشير الدراسات أن الأطفال الذين تعرضوا للإيذاء يعانوا من أحد المضاعفات السلوكية التالية:ـ

(أ) صعوبات أثناء فترة المراهقة: تشير الدراسات إلي أن الطفل المتعرض للإيذاء تزيد الصعوبات والمشاكل لديه في فترة المراهقة بنسبة ٢٥% عن الطفل غير المتعرض للإيذاء. هذه المشاكل تشمل التقصير والإهمال، وانتهاك القانون، وحمل المراهقة، وإدمان المخدرات والعقاقير، وانخفاض مستوي التحصيل العلمي، والمشاركة في ممارسات جنسية غير شرعية عديدة عادة يصاحبها الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي.

(ب) انتهاك القانون وارتكاب الجرائم: أكدت الدراسات أن الطفل الذي تعرض للإيذاء تزيد فرصته القبض عليه لانتهاك القانون وهو حدث ١١ ضعف مقارنة بالطفل الذي لم يتعرض للإيذاء، وتزيد فرصة القبض عليه لارتكابه العنف والسلوك الجنائي البسيط والمتوسط وهو شخص بالغ ٢.٧ ضعف

مقارنة بالطفل الذي لم يتعرض للإيذاء، وتزيد فرصة القبض عليه لارتكابه أحد جرائم العنف الشديد ٣.١ ضعف مقارنة بالطفل الذي لم يتعرض للإيذاء.

في دراسة أجراها معهد العدالة الوطني بالولايات المتحدة عام ١٩٩٢م عن مدي مشاركة الطفل المتعرض للإيذاء في الجريمة، فأشارت إلي زيادة نسبة مشاركتهم في الجرائم كأحداث بنسبة ٥٣%، وزيادة نسبة مشاركتهم في الجريمة عند بلوغهم بنسبة ٣٨%، وزيادة نسبة مشاركتهم في جرائم العنف بنسبة ٣٨% وذلك مقارنة بالأطفال الذين لم يتعرضوا للإيذاء. في دراسة أخري أجراها نفس المعهد عام ١٩٩٥م أكد أن معدل مشاركة الأطفال الذين سبق إيذائهم في جرائم البغاء عند بلوغهم زادت ٢٨ ضعف عن البالغين الذين لم يتعرضوا للإيذاء.

(ج) تعاطي الكحول والمخدرات: تشير الدراسات أن الطفل الذي تعرض للإيذاء تزيد فرصته لكي يصبح مدخن للسجائر، ومدمن تعاطي الكحول، ومدمن تعاطي المخدرات وعقاقير الإدمان. أكدت هذه الدراسات أن ثلثي المدمنين الذين يعالجون في المصحات والمستشفيات من الإدمان أكدوا أنهم تعرضوا للإيذاء في طفولتهم.

(د) إيذاء الأبناء: تؤكد معظم الأبحاث أن المعتدين علي الأطفال في حالات إيذاء الأطفال هم أنفسهم كانوا ضحايا إيذاء أطفال في طفولتهم، حيث تشير هذه الدراسات أن ثلث المتعرضين للإيذاء في طفولتهم يصبحوا معتدين علي أبنائهم في المستقبل.

(٤) المضاعفات الاقتصادية

بالرغم من أن إيذاء الأطفال هي جريمة تحدث داخل الأسرة، إلا أنها لا تنتهي عند هذا الحد، بل إن حدودها تمتد لتصل إلي المجتمع كله. فالدولة تتحمل ودافع الضرائب يتحمل تكلفة هذه الجرائم سواء نتيجة التكلفة المالية المباشرة أو التكلفة غير المباشرة لهذه الجرائم.

(أ) التكاليف المادية المباشرة تشمل تكلفة آليات الاكتشاف المبكر لحالات الإيذاء والاستجابة لمتطلبات علاج آثار الاعتداء كالعلاج الطبي والنفسي والاجتماعي وتكلفة التحقيق في الجريمة والمحكمة. قدرت هذه التكاليف المادية المباشرة لإيذاء الأطفال عام ٢٠٠١م في الولايات المتحدة بقيمة ٢٤ بليون دولار أمريكي.

(ب) التكاليف المادية غير المباشرة وهي تمثل التوابع الاقتصادية بعيدة المدى للطفل ضحية إيذاء الأطفال وتشمل النشاط الإجرامي للمتعرض للإيذاء سواء وهو حدث أم وهو شخص مسئول جنائيا مسئولية كاملة، وعلاج الإعاقات النفسية والعقلية، وعلاج إدمانه للمخدرات والعقاقير، وتكلفة العنف المنزلي المستقبلي، وتعطله عن العمل، واحتياجه لطرق تعليم خاصة تتفق مع ما لحق به من دمار عقلي، وزيادة احتياجه للإشراف الطبي. قدرت هذه التكاليف المادية غير المباشرة لإيذاء الأطفال عام ٢٠٠١م في الولايات المتحدة بقيمة ٦٩ بليون دولار. هذه التكلفة المالية المباشرة وغير المباشرة تمثل ١% من الناتج القومي الأمريكي. أظهرت هذه الدراسة أن العلاج والإقامة بالمستشفيات تكلف ٣ بليون دولار، وعلاج الأمراض النفسية والعقلية الناتجة عن الإيذاء تكلف ٤٢٥ مليون دولار، وبلغت تكلفة الضمان الاجتماعي لضحايا الإيذاء ١٤,٤ بليون دولار.

ثانيا: مضاعفات الإيذاء الجنسي

(١) مضاعفات الإيذاء الجنسي للإناث

تختلف مضاعفات الإيذاء الجنسي من حالة لأخرى اعتماداً علي عدة عوامل مثل نوع الإيذاء الجنسي، وجنس المعتدي عليه، ومدة هذا الإيذاء، ودرجة خطورته. وهذه المضاعفات يمكن تقسيمها إلي مشاكل نفسية، ومشاكل اجتماعية ومشاكل جنسية ومشاكل جسيمة.

(أ) المشاكل النفسية للإيذاء الجنسي

تشمل هذه المشاكل النفسية الخوف والرعب، واضطرابات في النوم، وأحلام مفزعة (كوابيس)، وقلق ونوبات من الغضب، وردود أفعال لصدمة فجائية عند الملامسة من أي شخص، وقلة الثقة في النفس، وقلة احترام الذات. المشاكل النفسية قد تشمل أيضا سلوكيات لتدمير الذات مثل إدمان الكحول أو العقاقير أو المواد المخدرة، والإفراط في العمل أو الإفراط في ممارسة الرياضة، والاكتئاب، وممارسة الدعارة، والانتحار.

(ب) المشاكل الاجتماعية للإيذاء الجنسي

تشمل هذه المشاكل قلة الثقة في الآخرين، والخوف من فقدان السيطرة في العلاقات مع الآخرين.

(ج) المشاكل الجنسية للإيذاء الجنسي

عند ممارسة الجنس مع الزوج أو أي رجل يلاحظ الرجل رد فعل غريب من المجني عليها عند ملامستها أو قيامه بأي عمل يذكر المجني عليها بالإيذاء. بعض المجني عليهن لا ترغب في الزواج نهائيا حتى تبتعد عن ممارسة الجنس الذي يذكرها بالإيذاء، وبعضهن تمارس الجنس بنسبة أقل من الطبيعي بشكل كبير. أحيانا تشعر المجني عليها بآلام شديدة عند ممارسة

الجنس، وبعضهن لا تشعر بأي إثارة أو استثارة جنسية، وبعضهن لا تصل لمرحلة الشبق الجنسي.

(د) المشاكل الجسمية للإيذاء الجنسي

المشاكل الجسمية تشمل آلام بالبطن أو آلام عند ممارسة الجنس، أو آلام أثناء نزول دم الحيض، أو مشاكل بالأمعاء، أو آلام بالمعدة، الشعور بالغثيان، أو صداع، أو آلام بالظهر، أو آلام بالأكتاف. أي إن كل أنواع الآلام المزمنة قد تظهر علي المجني عليها. عادة تكون هذه الآلام لا يمكن تفسيرها. كذلك قد تحدث اضطرابات في الأكل مثل سوء أو عسر الهضم أو الرغبة الملحة في الأكل أو عدم الرغبة في تناول الطعام. عادة تشاهد آثار عض في أماكن مختلفة بالجسم، وكذلك تشاهد آثار كتم النفس حول الفم والأنف لمنع صراخ الطفل أثناء أحداث الإصابات به. إن ممارسة الجنس بفم الطفل شيء متكرر الحدوث ولذلك قد يشاهد بفم الطفل مظاهر مرض السيلان أو الزهري. إن وجود مرض السيلان والزهري بالطفلة التي لم تبلغ هو دلالة قوية علي الإيذاء الجنسي ويجب علي الطبيب إبلاغ السلطات عنها للبحث عن مصدرها.

إذا زادت فترة التعرض للإيذاء الجنسي عن شهر فإن المجني عليها قد ترفض الذهاب للمدرسة، أو ترفض الذهاب للعمل، وتعتزل الناس وقد تصل للحالة المرضية المعروفة بمتلازمة الضغوط بعد الصدمة ((**posttraumatic stress syndrome**)) وهي المتلازمة التي تنشأ كرد فعل للأحداث شديدة الضرر للشخص وتتميز بثلاثة أعراض وهي:ـــ

* الرفض والكبت (الإخضاع).
* استعادة ذاكرة الإيذاء بشكل متعاقب.

* تهيج أو استثارة زائدة.

الرفض والكبت يتضح علي هيئة عدم الرغبة في التحدث عن الإيذاء أو تجنب الذهاب إلي أماكن معينة تذكر المجني عليها بالإيذاء. بعد تقدم العمر قد تتلاشي ذاكرة الإيذاء الجنسي نهائيا ولا تظهر إلا إذا خضعت المجني عليها للعلاج النفسي. استعادة ذاكرة الإيذاء الجنسي أثناء العلاج النفسي يصعب تحديد ما إذا كانت ناتجة عن إيذاء جنسي فعلي أو ناتجة من تخيلات المجني عليها ولذلك يصعب الاعتماد عليها لإقامة الدعوى علي الجاني.

إن المشاكل النفسية والاجتماعية والجنسية والجسمية السابق ذكرها ليست مشاكل نوعية ومتفردة للإيذاء الجنسي فقط، أي بمعني أنها تظهر كرد فعل للأحداث شديدة الضرر للشخص، ولا يقتصر ظهورها بعد الإيذاء الجنسي فقط. أي إن ظهور هذه المشاكل قد يعني أنه ناتج عن الإيذاء الجنسي ولكنه يحتمل أيضاً أن يكون ناشئ كرد فعل لأي حدث شديد الضرر.

(٢) مضاعفات الإيذاء الجنسي للذكور

الآثار السلبية للإيذاء الجنسي للأطفال الذكور كثيرة ومن ضمنها أن يقوم المجني عليه ذاته عند بلوغه بالاعتداء الجنسي علي الذكور الآخرين، ثم يقوم بالإيذاء الجنسي لأطفاله. محصلة الإيذاء الجنسي للأطفال الذكور تقع تحت ثلاث طوائف وهي:ـ

(أ) الاضطرابات النفسية وتشمل متلازمة ضغوط ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والبارانويا (توهم زائد بالعظمة أو بالاضطهاد)، والتفكك، ونوبات من الأكل بشراهة (بوليميا)، والغضب، والسلوك العدائي.

(ب) إدمان المخدرات والكحول.

(ج) مشاكل تتعلق بالجنس مثل اختلال الوظائف الجنسية، والإفراط في ممارسة الجنس، والسلوكيات العدائية الجنسية، والهوية الجنسية المشوشة.

هذه المحصلة قد تؤدي إلي تدهور المستوي التعليمي، أو الهروب من المنزل، أو مشاكل قانونية، ومشاكل عاطفية، ومشاكل سلوكية، وأفكار انتحارية، ومحاولات انتحارية.

في المجني عليهم الذكور تكون المضاعفات شديدة ومعقدة مقارنة بالإناث فيما يتعلق بالمشاكل العاطفية والسلوكية مما يدفع المجني عليهم الذكور لإدمان استخدام الكحول والمخدرات وارتكاب الجرائم والممارسات الجنسية غير الشرعية والعنيفة.

علاج ضحايا الإيذاء الجنسي الذكور يشمل العلاج في مجموعات أو العلاج المعرفي، أو العلاج السلوكي وذلك بهدف تعريف المجني عليه بالنشاط الجنسي الطبيعي، والتحكم في العاطفة، وإعادة توكيد ذكوريته، وإعادة توزيع سلوكياته العدائية في أنشطة طبيعية في الاتجاه السليم.

__ثالثا: مضاعفات الإيذاء النفسي__

* الشعور بعدم الأمان.
* الشعور بالنبذ والكراهية من الوالدين.
* قلة احترام الذات.
* ضعف الشخصية.
* سلوك تدميري ناحية أي شيء مع عدم الامتثال للقوانين والنظام العام.
* أفعال غاضبة عديدة مثل ضرب الحيوانات بوحشية أو إشعال الحرائق.
* ضعف النمو في المهارات الأساسية.
* إدمان الكحول أو المخدرات.
* العزلة والانسحاب.
* الانتحار.

* صعوبة إيجاد علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين في المستقبل.

رابعا: مضاعفات الإيذاء البدني

(١) التزايد المتنامي للإيذاء البدني

تشير معظم الدراسات ومنها دراسة **Noble** في عام ١٩٦٩م ودراسة **Walters** (١٩٨٩) إلي أن معظم الآباء الذين يقومون بضرب أطفالهم تعرضوا للإيذاء البدني والعنف أثناء طفولتهم وبالتالي تظل الدائرة مغلقة فالأب الحالي يضرب الابن، والابن الذي ضرب في طفولته عندما يصبح أباً يضرب أطفاله، ولا تقل ظاهرة الإيذاء البدني أبداً. أكدت دراسة **Dzturk** (٢٠٠٠م) علي ذلك.

(٢) التأثير النفسي للإيذاء البدني

التأثير البدني يكون تأثيره النفسي أشد ضرراً وإيلاما من واقعة الضرب في حد ذاتها، فالطفل يصبح أقل احتراما لذاته، ويصبح أقل تفاؤلاً من زملائه الذين لم يتعرضوا للإيذاء، كما أن الطموح المهني للطفل المتعرض للإيذاء يصبح أقل من أقرانه. كذلك أثبتت دراسة Hgorth و Dstrov (١٩٨٨م) أن الإيذاء البدني يجعل الطفل محطماً نفسياً ولا يقوي علي مواجهة الحياة مقارنة بالطفل غير المتعرض للإيذاء.

(٣) الإعاقات الجسدية

كما سبق أن ذكرنا فإن الإيذاء البدني قد يصاحبه العديد من الإعاقات الجسدية وخاصة مع حالات متلازمة الطفل المهزوز.

(٤) الوفاة

سبق أن أشرنا إلي ارتفاع معدلات وفيات الأطفال نتيجة الإيذاء، وعادة تكون في السنتين الأولي من عمر الطفل ثم يبدأ معدلها يقل في الأطفال الأكبر سناً. علي سبيل المثال في الولايات المتحدة الأمريكية عدد الأطفال المتوفين الذين يتراوح أعمارهم بين سنة إلي أربع سنوات عام ١٩٩٩م بلغ ٢٨٠ طفل، وانخفض

في الفترة العمرية من ٥-٨ سنوات في نفس العام إلي ٩٥ طفل ، وانخفض أيضاً في الفترة العمرية من ٩-١٢ سنة إلي ٧٩ طفل.

أشارات الإحصائية السابقة أن الأطفال القتلى البالغ عددهم ٢٨٠ طفل في المرحلة العمرية من ١-٤ سنه كان توزيع سبب وفاتهم كالتالي:-

* ١٢٣ حالة توفيت بالضرب بالأيدي والأرجل وقبضة اليد.
* ٣٩ حالة باستخدام سلاح ناري.
* ٣٣ حالة باستخدام جسم صلب راض.
* ١٦ حالة كانت خنق أو كتم نفس.
* ١٠ حالات باستخدام الأسلحة الحادة كالسكاكين.
* ٥٩ حالة باستخدام طرق أخري.

إحدى الدراسات التي أجريت علي ١٨٤ طفل توفوا عن عمر يقل عن خمس سنوات نتيجة الإصابات الرضية أظهرت أن:ــ

* إصابات المخ والرأس فقط شوهدت في ٦٤%، وإصابات البطن فقط شوهدت في ٢٤%، وإصابات الرأس والبطن معا شوهدت في ٥%، وإصابات الرأس والبطن والصدر شوهدت في ٧%.
* إصابات البطن كسبب للوفاة تزداد بكبر عمر الطفل.
* في حالات الوفيات نتيجة إصابات الرأس كان معظمها يرجع إلي نزيف تحت الأم الجافية أو نزيف تحت العنكبوتية سواء كان ذلك مصحوبا بكسور عظام الجمجمة أم غير مصحوب.
* في حالات الوفيات نتيجة إصابات البطن فإن ٤٣% من الحالات لم يظهر بها إصابات خارجية بجدار البطن، بالرغم من أن كل هذه الحالات شوهد بها مظاهر إصابية خارجية في أنحاء أخرى من الجسد. توفي ٨٠% من هذه الحالات نتيجة تهتك الكبد، وتوفي الباقين (٢٠%) من تهتك بالمساريقا والأثني عشر والبنكرياس والطحال.


الفصل الحادي عشر
استراتيجيات منع
إيذاء الأطفال
ومواجهته

الفصل الحادي عشر

استراتيجيات منع إيذاء الأطفال ومواجهته

هناك العديد من العلماء الذين يرون أن إيذاء الأطفال يمكن القضاء عليه نهائياً، وهم يستندون في ذلك إلي الأبحاث والنتائج العلمية التي أجريت في الدول المتقدمة للبحث في علاج الأسباب المؤدية إلي إيذاء الأطفال. بالرغم من ذلك فإن السياسيات والأبحاث التي تتوجه عالميا إلي منع إيذاء الأطفال قليلة جداً.

إن معظم الجهود المبذولة حالياً توجه إلي الاكتشاف المبكر لحالات إيذاء الأطفال والتدخل لحماية هؤلاء الأطفال. هذه الاستراتيجية هي في حقيقتها شكل من أشكال المنع لإيذاء الأطفال ولكنها استراتيجية شخصية للطفل وللأسرة محل الإيذاء فقط وليست سياسة عامة. لذلك هذا الاكتشاف المبكر لا يحد بشكل كبير من حالات إيذاء الأطفال، وذلك عكس السياسات والأبحاث التي تهدف إلي دراسة الأسباب المسببة لإيذاء الأطفال وإيجاد الحلول لها قبل أن تحدث. أي إن استراتيجيات المنع يجب أن تستند إلي فهم العوامل المسببة لإيذاء الأطفال وإيجاد الآليات لمواجهة تلك الأسباب لمنع إيذاء الأطفال قبل وقوعه ووضع مؤشرات لتقييم النتائج.

في معظم دول العالم يبدأ التدخل فقط عندما يتم اكتشاف حالة إيذاء للطفل. في هذه الدول التي تتبني هذه الإستراتيجية فإن مواجهة مشكلة إيذاء الأطفال تقع علي عاتق جهات حماية الأطفال وعلي جهات فرض القانون فقط دون أي مساهمة من أي جهة أخري.

في القليل من دول العالم وخاصة دول العالم المتقدم تساهم في استراتيجية منع إيذاء الأطفال العديد من الجهات التي تعمل علي برامج الأسرة وبرامج مكافحة الجريمة بوجه عام مثل:ـ

* برامج تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية.
* برامج حماية الأطفال.
* نقابات الأطباء والتمريض.
* برامج مكافحة إدمان الكحول والعقاقير.
* البرامج المهتمة بقضايا العنف ضد المرأة.
* الكنائس والمراكز الدينية.
* وسائل الإعلام.
* البرامج التي تتعامل مع التلوث البيئي.
* برامج مكافحة مرض نقص المناعة (الإيدز).

العاملون في هذه البرامج المختلفة قد يروا أن عملهم لا يدخل مباشرة في نطاق منع إيذاء الأطفال بالرغم من أن بعضها قد يتعامل مباشرة مع العوامل المسببة لظاهرة إيذاء الأطفال، فعلي سبيل المثال الذين يعملون في مكافحة إدمان الكحول والمخدرات هم في الحقيقة مشاركين أساسيين في منع إيذاء الأطفال، لكون تعاطي الكحول والمخدرات من العوامل الرئيسية المسببة لظاهرة إيذاء الأطفال.

إن الاستراتيجية الصحيحة لمنع إيذاء الأطفال يجب أن تبني علي:ـ

(١) تحديد جهة وحيدة تتولي قيادة منع إيذاء الأطفال كهدف صريح وواضح.

(٢) تحديد الأدوار المساعدة للقطاعات المختلفة المشاركة والتشاور معهم عن كيفية المشاركة في مقاومة العوامل المسببة لإيذاء الأطفال.

(٣) إصدار تقرير قومي عن الوضع الحالي لإيذاء الأطفال والأدوار الموزعة علي الجهات المختلفة لمنع هذا الإيذاء.

(٤) تحديد خطة العمل التي تشمل الأهداف العامة والأهداف الخاصة والمؤشرات وتقييم النتائج.

استراتيجيات منع إيذاء الأطفال

أولا: الاستراتيجية الاجتماعية

من الناحية الاجتماعية فإن البيئة التي تساعد علي ازدهار إيذاء الأطفال تشمل:.

* تفاوت الدخول الاقتصادية والتفاوت الاجتماعي.
* المعتقدات الثقافية والاجتماعية الداعمة لاستخدام العنف.
* النقص في الخدمات الصحية.
* غياب أو عدم كفاءة السياسات الموجهة للطفل والأسرة.
* غياب أو عدم كفاءة التكافل الاجتماعي.
* ضعف نظام العدالة الجنائية.

البيئة الاجتماعية يقصد بها البيئة التي تتم فيها العلاقات الاجتماعية للشخص وتشمل الجيران والمدرسة ومكان العمل. إن الفقر المدقع وعدم توفر مكان للسكن أو السكن العشوائي غير الملائم والازدحام الشديد في المنزل والبطالة كلها عوامل اجتماعية دافعة ومسببة لإيذاء الأطفال.

للطفل حقوقا أساسية وهي الحق في العيش في مستوي مناسب والأمان الاجتماعي، والتعليم والمساواة والحرية. إن الاستراتيجيات الحكومية التي

تحترم هذه الحقوق الاجتماعية والاقتصادية والثقافية وتحميها وتوفرها للغالبية العظمي للأطفال من شأنها أن تقلل من إيذاء الأطفال بشكل كبير.

لذلك فإنني أري أن فرصة القضاء علي إيذاء الأطفال من خلال الاستراتيجية الاجتماعية صعب المنال في دول العالم الثالث التي تعاني بشدة من الفقر والبطالة والمرض والأمية.

يعد قبول العنف ضد الأبناء علي مستوي المجتمع أيضاً عاملاً مهماً لانتشار إيذاء الأطفال، فقد يقبل الأطفال ومرتكبو العنف علي السواء بفكرة العنف البدني والنفسي ضد الأطفال علي أنه أمر حتمي وعادي فينظر المجتمع إلي التأديب من خلال الضرب البدني والترهيب علي أنها مسائل عادية ومقبولة ولا غضاضة عليها وخاصة عندما لا ينتج عنها أي ضرر بدني واضح أو مستديم.

ثانياً: استراتيجية إصلاح القوانين وتشجيع حقوق الإنسان

بالرغم من أن المادة ٢/٢ من اتفاقية حقوق الطفل الصادرة في نوفمبر عام ١٩٨٩م تنص علي ((تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة لتكفل للطفل الحماية من جميع أشكال التمييز أو العقاب القائمة علي أساس مركز والدي الطفل أو الأوصياء القانونيين عليه أو أعضاء الأسرة أو أنشطتهم أو آرائهم المعبر عنها أو معتقداتهم))، إلا إن معظم دول العالم لم تسن قوانين لمعاقبة العنف ضد الأطفال، فما زال هناك ١٠٦ دولة تجيز استخدام العقوبة البدنية في المدارس، وهناك ١٤٧ دولة تجيز استخدام العقوبة البدنية داخل أماكن الرعاية البديلة، وما زالت معظم دول العالم تجيز استخدام الأبوين للعقوبة البدنية ضد الأبناء حيث لم يحظر استخدام العقوبة

البدنية ضد الأبناء إلا في ١٦ دولة فقط علي مستوي العالم ومعظمها من الدول المتقدمة.

إن سن القوانين المعاقبة لمرتكبي العنف ضد الأطفال من شأنه أن يقلل بشكل كبير من إيذاء الأطفال. إن سن هذه القوانين ليس الهدف منه حبس أكبر عدد ممكن من الآباء والأمهات ولكنه يبعث برسالة واضحة لهم ولكل أفراد الأسرة أنهم ليس لهم الحق في إيذاء أبنائهم. أي أن هذه القوانين تعتبر عائق وذات تأثير مانع لإيذاء الأطفال.

لذلك فإن تفعيل نصوص اتفاقية حقوق الطفل التي وقع عليها معظم دول العالم يقتضي أن تسمح نظم العدالة بتقديم جميع مرتكبي جرائم العنف ضد الأطفال إلي العدالة وأن تتم محاسبتهم عن طريق إجراءات جنائية ومدنية وإدارية ومهنية مناسبة. ويجب منع الأشخاص الذين يقوموا بارتكاب جرائم العنف والاعتداء الجنسي ضد الأطفال من العمل مع الأطفال.

بالرغم من أن تشريع القوانين المعاقبة لمرتكبي جرائم إيذاء الأطفال من شأنها أن تقلل من حالات إيذاء الأطفال إلا أن تعارض هذه القوانين مع الموروثات الاجتماعية السائدة والمعتقدات الدينية الخاطئة قد يجعل الدولة غير قادرة علي سن هذه القوانين أو تجعل ذات القائمين علي تنفيذها (في حالة تشريعها) لا يطبقوها أو يتغاضوا عنها لعدم اقتناعهم بها. فعلي سبيل المثال هناك قناعات في المجتمع المصري والمجتمعات العربية بصفة عامة أن تأديب الأبناء بالضرب البدني هو شأن أسري داخلي وليس لأحد غير أفراد الأسرة صلة به. وهناك مثل مصري يشجع ضرب البنات بقسوة فيقول هذا المثل ((أكسر للبنت ضلع يطلع لها ٢٤ ضلع)). هناك أيضا معتقدات دينية خاطئة مبنية علي تفسير خاطئ لبعض الأحاديث النبوية الشريفة،

فعلي سبيل المثال التفسير الخاطئ لحديث الرسول صلي الله عليه وسلم الخاص بضرب الأبناء علي ترك الصلاة عند بلوغهم سن العاشرة، متناسين أن الضرب المقصود هنا هو الذي لا يزيد عن الضرب بالسواك وبعدد ضربات لا تزيد عن عشر وفي مواضع بعيدة عن الوجه حسبما سبق ذكره آنفا.

مثل هذه الموروثات الاجتماعية وهذه المعتقدات الدينية الخاطئة تحتاج إلي بذل مجهود شديد من كل المهتمين بحقوق الطفل لتغييرها من خلال الميديا الإعلامية والندوات والحوارات التي توضح حجم ظاهرة إيذاء الأطفال وتأثيراتها المستقبلية علي حياة الأبناء حتى يتهيئ الرأي العام لفهم خطورة المشكلة ويتقبل فكرة التغيير سواء في السلوكيات تجاه الأبناء أو في مباركة التشريعات التي تعاقب مرتكبي إيذاء الأطفال. هذه المحاولات يجب أن تستعين بأشخاص مقبولين لدي الرأي العام فإذا أردنا تصحيح المعتقدات الدينية الخاطئة يجب أن نستعين برجل دين مقبول لدي الرأي العام ولا يشترط أن يكون له صفة رسمية في الدولة، بل إنه يفضل غالباً أن نبتعد عن رجل الدين الذي يحمل الصفة الرسمية للدولة حتى لا يقال إنه ينفذ سياسة الحكومة الخاضعة للضغوط الغربية حسب تصور الرأي العام.

علي سبيل المثال فإن أحد البرامج الأمريكية التي استهدفت منع الإيذاء الجنسي استعانت بمتخصصين لشرح فكرة الجاني المحب لممارسة الجنس مع الأطفال، وأوضحت أن هذا الانحراف الجنسي يمكن العلاج منه، فتقدم لها العديد من الأشخاص طالبين العلاج النفسي مما قلل معدل مشاركة هؤلاء الأشخاص في جرائم الاعتداءات الجنسية علي الأطفال.

ثالثاً: استراتيجية بناء العلاقة بين الآباء والأبناء

من العوامل المسببة لإيذاء الأطفال في هذا الصدد ما يلي:ـ

(١) فشل الآباء في التواصل الجيد مع أبنائهم.

(٢) توقعات الآباء غير الواقعية عن نمو الأبناء.

(٣) اقتناع الآباء بفكرة نجاح التأديب من خلال العقاب البدني الشديد.

إن الاستراتيجيات المختلفة التي تشجع التواصل المبكر والآمن بين الآباء وأطفالهم، واستخدام وسائل تأديب دون اللجوء للضرب، وتلك التي تخلق ظروف داخل العائلة للنمو الصحي والعقلي الإيجابي للطفل ثبت أنها تقلل جداً من فرصة حدوث إيذاء للأطفال. مهما كانت وسيلة الوصول للآباء يجب أن نعطيهم بعض المعلومات الأساسية عن التربية والتأديب مثل:ـ

* الهدف من تربية وتأديب الأبناء هو تعليم الأبناء التعبير عن دوافعهم ورغباتهم الطبيعية بطرق مقبولة اجتماعية.

* التأديب الناجح للأبناء يستلزم أن يتفق مع مرحلة النمو التي يمر بها الطفل، فلا نطلب من الابن أداء فعل لا يتناسب مع مرحلته العمرية وبالتالي سيكون غير جاهز لأدائه.

* التشجيع الإيجابي للأبناء يساعد كثيراً في تأديب الأبناء، وذلك بمكافأة الطفل علي الأفعال الصحيحة من خلال ابتسامة الأب له أو عناقه للابن أو المدح والإطراء علي فعله أو شكره علي ما قام به. لا يشترط في التشجيع الإيجابي شراء لعبة للطفل.

* التأديب شيء متعلم ومكتسب من المحيطين ولذلك لا تأمر أبنك بأن يفعل كذا وكذا دون أن تفعله أنت، بل يجب أن تفعل أنت ما تريد أن تعلمه لابنك أمامه أولاً. إن التأديب يكون بالأفعال لا بالأقوال. فليس المهم أن يفعل

الطفل ما تطلبه منه الآن أو في الأيام القليلة اللاحقة، ولكن المهم هو الأفعال التي تدوم لسنوات قادمة، وهذه الأفعال الدائمة هي التي يكتسبها من أفعال المحيطين به وليس من الأقوال النظرية.

* لا تضرب أبنك أبداً مهما كان السبب لأن الضرب ليس وسيلة مفيدة للطفل بل إنها غير مؤثرة لأنها تعلم الأبناء أن ضرب الآخرين شيء موافق عليه اجتماعيا وهو الأسلوب الأمثل لفرض الرأي بدلاً من الحوار والإقناع.

كيف تتجنب ضرب أبنك

أحياناً يأتي الطفل بأفعال غير متوقعة تغضب الآباء بشدة، أو يبكي الطفل ويصرخ لفترات طويلة دون سبب واضح، أو يكون أحد الأبوين يعاني من ضغوط الحياة اليومية فلا يتحمل تصرف عادي من تصرفات الطفل العادية التي كان يقبلها في الظروف العادية. في هذه الأحوال قد يدفع الغضب بهذا الأب لضرب الطفل أو أن يعنفه بشدة وما يستتبع ذلك من عواقب قد تكون وخيمة. لذلك يجب أن يتدرب الآباء علي عدم توجيه غضبهم أو أنفعالهم للأبناء، وذلك من خلال القيام بأحد الأفعال الآتية:ـ

(١) ترك المكان والتوجه للحمام للوضوء أو إلقاء ماء بارد علي الوجه أو أخذ حمام ساخن.

(٢) أخذ نفس عميق ثم نفس عميق آخر، وتذكر أنك الأب فلا تنجرف وراء تصرفات الابن.

(٣) أغلق عينيك وتخيل أنك ستسمع الكلام الذي ستقوله لابنك.

(٤) أغلق الشفتين علي بعضهما بقوة، وعد في سرك حتى تصل لرقم ١٠ أو لرقم ٢٠.

(٥) أخرج من المنزل لتمشي إذا كان هناك في المنزل شخص آخر يتابع الطفل.

(٦) أدخل حجرة أخرى واطلب صديق لك في الهاتف وتكلم معه في أي موضوع آخر.

(٧) إذا كانت هناك مشكلة متكررة لبكاء الطفل توجه بالطفل لطبيب الأطفال.

استراتيجية بناء العلاقة بين الآباء والأبناء تقوم علي نوعين من البرامج وهما:ــ

<u>(١) برامج الزيارات المنزلية</u>

تهدف هذه البرامج إلي توجيه الموارد المجتمعية إلي الأسر في منازلهم، وقد ثبت نجاح هذه البرامج في منع إيذاء الأطفال، حيث تشير إحدى الدراسات الأمريكية أن معدل إيذاء الأطفال انخفض بنسبة ٤٠% في الأسر التي تم زيارتها بالمنزل مقارنة بالأسر التي لم يتم زيارتها.

أثناء هذه الزيارات المنزلية تقدم المعلومات والمساندة وخدمات أخري بهدف تحسين وظيفة الأسرة. توجد العديد من النماذج للزيارات المنزلية التي تم تجريتها. في بعض هذه النماذج تتم الزيارة المنزلية لكل الأسر بغض النظر عن درجة خطورة إيذاء الأطفال المتوفرة لدي هذه الأسرة. في البعض الآخر من هذه النماذج تتم الزيارات المنزلية فقط للأسر ذات خطورة إيذاء الأطفال العالية مثل الأبوة لأول مرة أو الأمومة للأم المراهقة الفقيرة في غياب أبو الطفل. تشير الدراسات إلي أن أكثر برامج الزيارات المنزلية نجاحاً هي التي كانت تتضمن العناصر التالية:

(أ) التركيز علي الأسر التي تكون في حاجة ماسة للزيارات المنزلية وتشمل:ـ

* أسر الأطفال المولودين ناقصي النمو والمولودين قبل موعدهم.
* أسر الأطفال الذين يعانوا من الإعاقات أو الأمراض المزمنة.
* الأم المراهقة غير المتزوجة وذات الدخل المنخفض.
* الأب أو الأم الذين لديهم تاريخ لإدمان الكحول أو المواد المخدرة.

(ب) تبدأ الزيارات أثناء الحمل وتستمر علي الأقل إلي السنة الثانية من عمر الطفل أو بحد أقصي للسنة الخامسة من عمر الطفل.

(ج) المرونة في الزيارات المنزلية من حيث مدة الزيارة وعدد الزيارات ونوع الخدمات والمساعدات التي يمكن تقديمها للأسرة طبقا لظروف كل أسرة.

(د) الزيارات تتم من خلال ممرضات أو أشخاص مدربين علي ذلك.

<u>(٢) برامج تدريب الآباء</u>

هذه البرامج تهدف لتعليم الآباء مراحل نمو الطفل وتساعدهم لتحسين مهاراتهم في التعامل مع سلوكيات الأطفال المختلفة. هذه البرامج يمكن أن تتم في تجمعات مثل العيادات أو المدارس أو أماكن العمل أو أي مكان يصل إليه الآباء الجدد بسهولة. معظم هذه البرامج توجه إلي الأسر عالية الخطورة أو الأسر التي وقع فيها إيذاء فعلي للأطفال، ولكن من الأفضل أن توجه هذه البرامج إلي كل الآباء. تشير الدراسات إلي أن أكثر برامج تدريب الآباء نجاحاً هي التي تتضمن العناصر التالية:ـ

(أ) التركيز علي الآباء الذين لديهم أطفال في المرحلة العمرية من ٣-١٢ سنة.

(ب) المراجعة النشطة للآباء فيما تعلموه للتأكد من قدرتهم علي استيعاب المعلومات التي ألقيت عليهم.

(ج) تعليم مهارات التعامل مع الأطفال خطوة بخطوة حيث تمثل كل مهارة جديدة الأساس للمهارة التالية.

(د) تدريب الآباء علي طرق التأديب التي لا يصاحبها عنف.

(هـ) تدريب الآباء علي استراتيجيات التفاوض وحل المشاكل.

(و) تدريب الآباء علي التكيف مع ضغوط العمل والمنزل والطفل والأسرة.

رابعاً:- الاستراتيجيات الشخصية

تهدف هذه الاستراتيجيات الشخصية لتغيير تصرفات الآباء ومعتقداتهم وسلوكياتهم، ويمكن أن تتم في أي مكان. تقوم هذه الاستراتيجية علي عدة برامج وهي:ــ

(١) تقليل معدلات الحمل غير المرغوب فيه

الحمل غير المرغوب فيه يؤدي إلي انخفاض مستوي متابعة الحمل، وعادة يصاحبه نقص وزن الطفل عند ولادته وزيادة معدل الإيذاء للطفل. لذلك نظرياً فإن تقليل معدلات الحمل غير المرغوب فيه من شأنه أن يقلل معدلات إيذاء الأطفال، وإن كان هذا لم تثبت صحته عملياً وينقصه التقييم.

(٢) تشجيع الأمهات علي المتابعة الطبية أثناء الحمل وبعد الولادة

هذه المتابعة أثناء الحمل وبعد الولادة تهدف إلي منع إيذاء الأطفال منذ ولادتهم وحتى بلوغهم ثلاثة أعوام من عمرهم. المتابعة أثناء الحمل تهدف إلي تقليل ولادة الأطفال المبتسرين أو ناقصي النمو، وتقليل معدل الأمراض المزمنة والإعاقات العقلية والبدنية. كل هذه المشاكل الصحية تتعارض مع التواصل والعلاقة القوية بين الآباء والأبناء ومن شأنها أن تزيد معدلات إيذاء

الأطفال. لذلك يعتقد الكثيرين نظرياً أن تشجيع الأمهات علي المتابعة الطبية أثناء الحمل وبعد الولادة من شأنه أن يقلل معدلات إيذاء الأطفال وإن كان لم تثبت صحته عملياً وينقصه التقييم.

(٣) تدريب الأطفال لتجنب المواقف التي تجعلهم عرضة للإيذاء

هذه البرامج توجه للأطفال الأكبر عمراً وتهدف إلي تعليم الأطفال أنواع الإيذاء وكيف يتجنبوا الوقوع فيه، وما يمكن عمله إذا تعرض لهذا الإيذاء، والجهة التي يطلب منها المساعدة عند تعرضه للإيذاء. معظم الأبحاث تتفق مع هذا التوجه وتري أن الطفل الذي يتمتع بالمعرفة غالباً يكون قادر علي حماية نفسه، لكن من غير المؤكد هو مدي قدرة الطفل علي مواجهة كل أشكال الإيذاء، وخاصة إذا حدث هذا الإيذاء من شخص يثق به الطفل.

(٤) علاج الآباء مدمني الكحول والمخدرات

تشير الدراسات أن نسبة كبيرة من أطفال المدمنين الذين تعرضوا للإيذاء في طفولتهم أصبحوا مرتكبي إيذاء لأبنائهم بعد ذلك. إن تجربة الطفل القاسية مع الأب المدمن وعواقبها النفسية علي الطفل إضافة إلي أن إيذاء الطفل من الأب المدمن تجعل هذا الطفل يرتكب سلوكيات عنيفة عند بلوغه نظراً لعدم قدرته علي التوائم مع هذه الظروف.

لكن هل يعني ذلك سقوط كل أبناء المدمنين في المشاكل السابقة دون أمل في الهروب منها. الأبحاث تشير إلي إمكانية تجاوز الأطفال لهذه المحنة من خلال الحصول علي الدعم الإيجابي من أشخاص آخرين أو من خلال إكسابهم مهارات الاتصال أو مساعدتهم علي بناء أنفسهم والاعتماد علي الذات. لكن الفشل في توائم الطفل مع هذه الظروف وتجاوزها سيجعله

عنيفاً ويدفعه لإيذاء أبنائه عندما يكبر وتستمر الدائرة المغلقة من الآباء للأبناء.

المشكلة الحقيقية التي تساعد علي استمرار دائرة العنف المغلقة أن معظم أبناء المدمنين لا يبلغوا عن الإيذاء الذي يتعرضون له لاعتقادهم بعدم تصديق الناس لهم، بل إن بعضهم لا يدرك أن ما يحدث له من إيذاء هو شيء غير طبيعي لاعتقاده بأن كل الأطفال يتعرضون لهذا الإيذاء.

لذلك يجب علي الجهات التي تعمل علي حماية الأطفال أن تجعل علي رأس أولوياتها التوجه إلي أبناء المدمنين في منازلهم أو في مدارسهم لإجراء المقابلات والحوارات لاستبعاد تعرضهم للإيذاء.

وكذلك يفضل أن تشترك الجهات التي تعمل علي مكافحة الإدمان مع الجهات التي تعمل علي حماية الأطفال وذلك لعلاج الأب المدمن والأطفال المتعرضين للإيذاء. لأن علاج طفل الأب المدمن المتعرض للإيذاء دون علاج الأب المدمن لن يجعلنا نحل المشكلة من جذورها حيث سيظل هذا الأب يعتدي علي الطفل ما لم يتم استبعاد الطفل عن هذا المنزل. إذا تم بنجاح علاج الأب من الإدمان فلا نتوقع انتهاء إيذاء الطفل بالكامل بل لابد من إخضاع هذا الأب لبعض المحاضرات أو الزيارات المنزلية لإكسابه مهارة التعامل مع الأبناء ومهارة التربية دون استخدام الضرب أو العنف. لكننا يجب أن نضع في اعتبارنا أيضاً أن فترة انسحاب المخدر من جسد الأب المدمن أثناء علاجه هي فترة خطيرة جداً وعادة يصاحبها إيذاء شديد للأبناء.

إدمان الأم الحامل لتعاطي الكحول من شأنه أن يؤدي إلي زيادة معدل حدوث إيذاء الأطفال لأسباب عديدة أهمها هي ولادة طفل يعاني من متلازمة الكحول المميتة **Fetal alcohol syndrome** وهي من أهم أسباب التخلف العقلي

في الأطفال في الدول الغربية حيث يولد حوالي ٤-١٢ ألف طفل كل عام يعانوا من إعاقة ذهنية وبدنية نتيجة متلازمة الكحول المميتة. إنجاب هؤلاء الأطفال المتخلفين عقليا لا يأتي وفق توقع الآباء فيزيد من معدل إيذاء الأطفال.

القضاء علي حالات إيذاء الأطفال المصاحبة لإدمان الآباء يستلزم سرعة التوجه إلي كل أبناء المدمنين لتقييم حالاتهم وعلاج المتعرض للإيذاء منهم أو إبعاده عن هذا المنزل في الحالات الخطيرة، وكذلك يستلزم أن يدرك كل العاملين في مجال حماية الأطفال للصلة القوية بين الإدمان وإيذاء الأطفال.

مواجهة حالات الإيذاء المؤكدة

قد يتم اكتشاف حالة إيذاء الطفل من خلال رواية الطفل للآخرين، أو من خلال الطبيب أثناء الكشف عليه سواء نتيجة إصابات واقعة الإيذاء نفسها أو لأي علة مرضية أخري ليس لها علاقة بواقعة الإيذاء، أو من خلال شهود واقعة الإيذاء، أو من خلال أحد المشاركين في واقعة الإيذاء، أو من خلال مدرس الفصل أو الأخصائي الاجتماعي بالمدرسة.

بمجرد اكتشاف حالة إيذاء الطفل لابد أن يكون هناك رد فعل لمساعدة الطفل والأسرة علي تخطي تلك المحنة. الهدف من هذه المساعدة هو تقليل مضاعفات الإيذاء الذي تعرض له الطفل، وتحديد الأفعال التي يجب أن تؤخذ حيال الطفل والأسرة لمنع مزيد من الإيذاء لهذا الطفل.

إن تقديم المساعدة بطريقة صحيحة يتطلب إصلاح التشريعات ووضع السياسات والبرامج لتساعد القائمين علي تنفيذ هذه الخدمات والمساعدات علي أفضل وجه. هذه السياسات والبرامج لابد أن تشتمل علي خطط قصيرة الأجل تتضمن حلولا سريعة عاجلة لمشكلة الإيذاء الحالية، وعلي خطط بعيدة المدى للتعامل مع الأسرة لمنع إيذاء هذا الطفل لاحقاً أو لمنع إيذاء أي فرد آخر في هذه الأسرة. إن استراتيجية التعامل مع حالات الإيذاء المبلغ عنها يجب أن يتضمن الآتي:.

أولاً: وضع الخطة

التعامل المنهجي الصحيح مع مشكلة إيذاء الأطفال يتطلب وضع خطة جديدة أو تحسين الخطة الموجودة طبقاً للإمكانيات المتاحة. هذه الخطة يجب أن تبني علي حقائق علمية ولا تبني علي المعلومات القصصية أو التوقعات الحدسية أو الاعتبارات السياسية حتى لا تكون خطة غير مؤثرة بل

وربما تكون خطة ضارة. كذلك لابد أن تراعي الخطة الإمكانيات المادية والبشرية المتاحة بحيث توضع في حدود هذه الإمكانيات المتاحة ولا تتجاوزها، لأن تجاوز الإمكانيات يجعل الخطة نظرية وغير قابلة للتطبيق العملي علي أرض الواقع. لابد أن تكون الخطة كذلك قابلة للقياس (أي يمكن تقييم نتائجها) لبحث ما إذا كانت قد حققت الأهداف المرجوة منها من عدمه. لذلك هناك حاجة ملحة لإجراء دراسات حول مستوي الخدمة الصحية والخدمات الاجتماعية والقانونية المقدمة لضحايا إيذاء الأطفال. أي إن الخطة الجيدة تحتاج إلي:.

* أن تكون منطقية (أي قابلة للتطبيق).
* أن تكون كفاءة القائمين علي الخطة سواء من الناحية البشرية أو المادية تتوافق مع أهداف الخدمات المقدمة.
* أن تكون هناك مؤشرات واضحة لقياس نتائج الخطة.

يجب أن ندرك أن أنظمة حماية الأطفال مكلفة ومعقدة، لدرجة أنها تفشل في الوصول لحماية بعض الأطفال حتى في الدول المتقدمة والغنية.

<u>ثانياً: اكتشاف الأطفال المعتدي عليهم وعلاجهم</u>

يدرك كل الباحثين والممارسين أن هناك حالات عديدة من حالات إيذاء الأطفال تمر دون أن تكتشف، ولذلك فهي لا تتلقي أي حماية أو مساعدة.

الاكتشاف المبكر للأطفال المعتدي عليهم يساعد في التدخل السريع لحماية الطفل مما يقلل من العنف التالي الواقع علي الطفل، ويقلل من المضاعفات الصحية والاجتماعية والنفسية بعيدة المدى التي يمكن أن تتخلف لدي المتعرض للإيذاء. إن الأطفال الصغار جداً غير قادرين عن الإبلاغ عن الإيذاء الذي يتعرضون له، وهم كذلك الأكثر عرضة لحدوث إصابات بدنية شديدة

أو أضرار عصبية أو حتى الموت. لذلك فإن رفع كفاءة الممارسين الباحثين عن حالات إيذاء الأطفال في اكتشاف حالات إيذاء الأطفال الذين يقل عمرهم عن خمس سنوات يعتبر شيء حيوي وهام. هذا الاكتشاف المبكر لحالات إيذاء الأطفال يتطلب تدريب خاص للأخصائيين الباحثين عن حالات إيذاء الأطفال. هذا التدريب يجب أن يغطي المعارف التالية:ـ

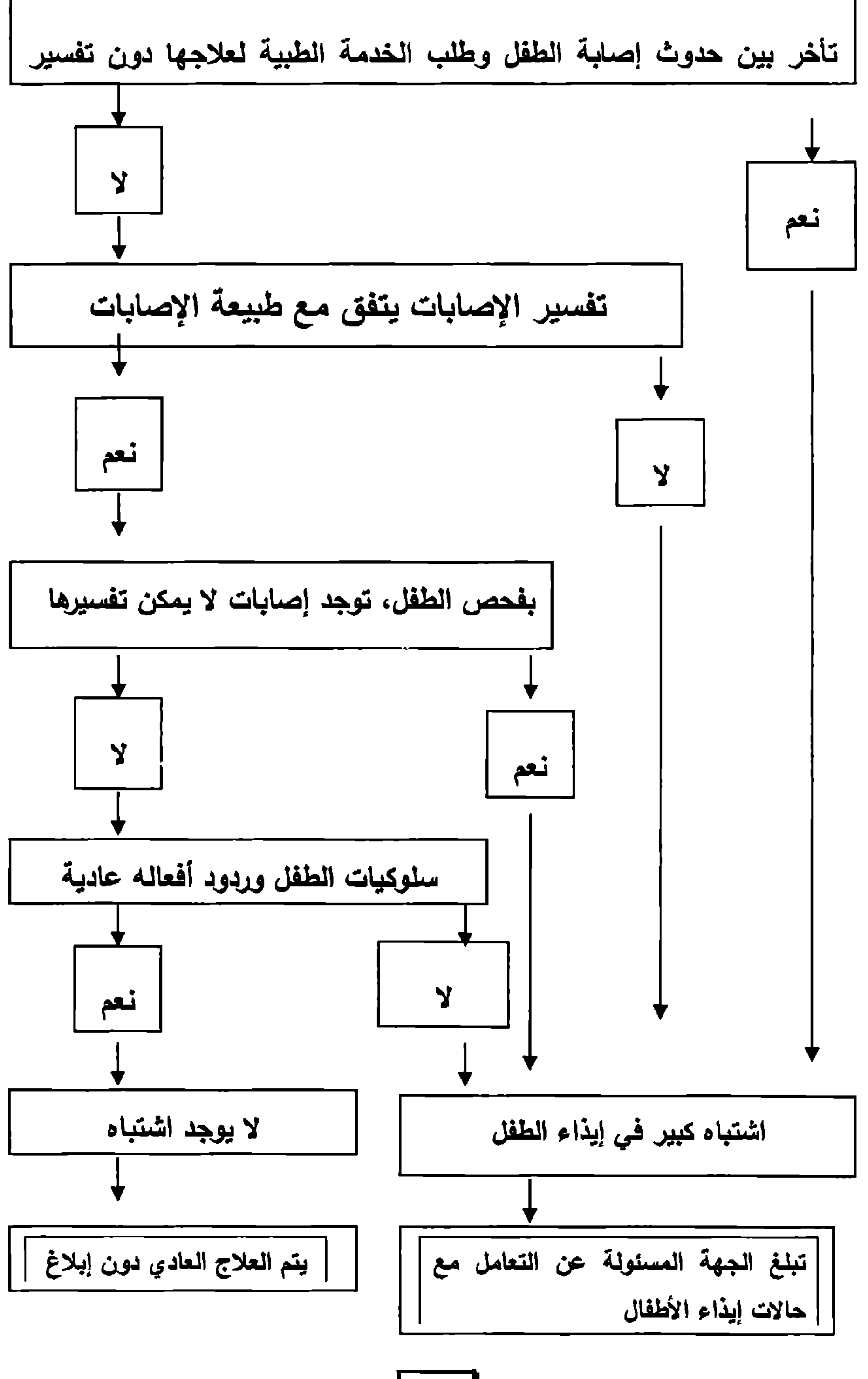
* الخرافات المتعلقة بالتأديب وإيذاء الأطفال.

* العلامات البدنية والسلوكية المحتملة والمرجحة والمؤكدة لحالات إيذاء الأطفال، وكذلك العلامات التي لا تشير إلي حالات إيذاء الأطفال. أي إنه يجب التأكد من صحة الواقعة ومن وجود مظاهر حقيقية ترجح حدوث الإيذاء. يفضل في الحالات التي يصعب فيها التوصل إلي حقيقة مؤكدة بشأن الإيذاء أن تتم مقابلة الطفل في مكان بعيد عن المنزل كالمدرسة مثلا حتى يستطيع الطفل أن يتحدث دون خوف ويمكن سؤال المدرسين والجيران للتأكد من واقعة الإيذاء.

* الاستجابة لحالات إيذاء الأطفال من خلال الخطة الموضوعة، وتحديد الوسيلة المناسبة لهذا الطفل من خلال البدائل المطروحة بالخطة.

الدول التي تتمتع بأنظمة الرعاية الصحية الابتدائية وتعمل بشكل جيد وتقوم بإجراء الكشف الدوري علي الأسرة تستطيع بسهولة اكتشاف حالات إيذاء الأطفال مقارنة بالدول التي لا توجد فيها هذه الأنظمة حيث لا تكتشف فيها الحالات إلا بالمصادفة. أياً كان مستوي الرعاية الصحية المقدمة يجب أن يتم تدريب أطباء الأطفال وأطباء الطوارئ والاستقبال علي طبيعة سلوكيات وإصابات حالات إيذاء الأطفال.

مثال اكتشاف لحالات إيذاء الأطفال:ـ


تأخر بين حدوث إصابة الطفل وطلب الخدمة الطبية لعلاجها دون تفسير
نعم
لا
تفسير الإصابات يتفق مع طبيعة الإصابات
لا
نعم
بفحص الطفل، توجد إصابات لا يمكن تفسيرها
نعم
لا
سلوكيات الطفل وردود أفعاله عادية
لا
نعم
اشتباه كبير في إيذاء الطفل
لا يوجد اشتباه
تبلغ الجهة المسئولة عن التعامل مع حالات إيذاء الأطفال
يتم العلاج العادي دون إبلاغ

في حالة وجود احتمال أو ترجيح أو تأكد من تعرض الطفل للإيذاء يجب أن يكون هناك تقييم للحالة الصحية والنفسية للطفل. تقييم الحالة الصحية للطفل يتم من خلال:ـ

* الحصول علي موافقة الطفل والشخص المتولي رعايته علي فحص الطفل.

* الحصول علي التاريخ الصحي والنفسي من الشخص المتولي رعاية الطفل ومن الطفل. يحاول الطبيب أو الأخصائي الاجتماعي تحديد نوع الإيذاء، وعدد مرات تكراره، ومحدثه، وتواريخ حدوثه.

* الفحص الجسدي للطفل من شعر الرأس حتى أصابع القدمين بما فيها المنطقة التناسلية وفتحة الشرج.

* توثيق الإصابات وعلاجها.

* تقييم الصحة النفسية والعقلية للطفل.

* البحث عن الأمراض التناسلية التي تنتقل من خلال الممارسة الجنسية وعلاجها في حالة الإيذاء الجنسي.

* منع حدوث الحمل في حالة الإيذاء الجنسي من خلال إعطاء الطفلة مانع حمل هرموني إذا كانت بلغت مرحلة الحيض.

جميع أطباء الأطفال، وأطباء الطوارئ والاستقبال، وأطباء الأسرة يجب أن يكونوا علي علم بالخطوة التالية لعلاج الطفل المعتدي عليه، وهي الإبلاغ إلي الجهة المسئولة عن التعامل مع حالات إيذاء الأطفال وذلك للتعامل مع الأسرة لحماية الطفل من الاعتداء المستقبلي، ولحماية باقي الأطفال المتواجدين في الأسرة، ولعلاج المضاعفات بعيدة المدى لهذا الطفل.

إذا كانت الحالة ستحال إلي التحقيق والمحاكمة يجب أن تعرض علي الطبيب الشرعي. في بعض الدول (مثل مصر) يوجد تضارب بين احتياجات الطفل الصحية التي يحصل عليها من الجهات المعالجة وبين إثبات الإصابات وتوثيقها من قبل الطب الشرعي حيث لا يوجد تناغم بين الجهتين، فكل جهة تعمل في واد. فهذا الطبيب المعالج غير مهيأ أو غير مدرب علي إثبات الإصابات وتوثيقها، بل وغالبا غير معترف بالدليل الذي يتم التحصل عليه من قبله، والطبيب الشرعي غير مهيأ أو غير مدرب للتعامل مع الجانب النفسي لهذا الطفل المتعرض للإيذاء.

علي أية حال فإن الاحتياجات الصحية للطفل تقدم (أي تأتي أولاً) علي إثبات الإصابات وتوثيقها، فيجب أن نعمل أولاً علي الحفاظ علي حياة وصحة الطفل قبل أن يكون كل اهتمامنا هو إثبات الإصابات وتوثيقها. ولكن الأفضل من كل ذلك هو اجتماع الطب الشرعي مع الطبيب المعالج مع مقدمي الخدمات الاجتماعية والقانونية والدعم النفسي، لأن هذا التجمع يمنع التضارب بين الجهات المختلفة ويساعد في تمتع الطفل بالحماية الكاملة في بساطة ويسر. فعلي سبيل المثال فإن الطفل يروي واقعة الإيذاء مرة واحدة أمام هذا الفريق المتكامل بدلاً من أن يرويها أمام كل جهة يقابلها علي انفراد وهذا من شأنه أن يقلل من الألم النفسي لاسترجاع واقعة الإيذاء عدة مرات وخاصة في حالة الإيذاء الجنسي.

إننا في حاجة إلي وجود آلية تسهل من استدعاء الطبيب الشرعي لإثبات الإصابات وتوثيقها وجمع العينات اللازمة من الطفل المتعرض للأذى حال عرضه علي الطبيب المعالج لعلاجه من حالة ملحة وخطيرة، أو علي الأقل فإننا في حاجة لتدريب أطباء الأطفال وأطباء أقسام الطوارئ والاستقبال

وأطباء الأسرة علي كيفية إثبات الإصابات وتوثيقها وجمع العينات وتحريزها وإرسالها إلي الجهات التحقيقية (النيابة العامة).

إن التعاون الجيد بين الطبيب المعالج ومقدمي الخدمة الاجتماعية وضابط المباحث ووكيل النائب العام والطبيب الشرعي يثمر كثيراً في إيجاد الدليل المادي وفحصه وتحليله وتفسيره لإقامة الدعوى ضد معذب الطفل. لذلك فإن الجهات المختلفة التي تتعامل مع الأطفال ضحايا الإيذاء لابد أن تجمعهم مؤتمرات وورش عمل متعددة لا تهدف فقط لرفع مستوي كل متخصص في مجاله ولكن لتبرز أهمية فهم أدوار الجهات الأخرى حتى لا تفسد أي جهة عمل الجهة الأخرى. فالطبيب المعالج قد يؤدي دوره باقتدار في علاج الطفل، ولكنه قد يفسد الآثار المادية بجسد الطفل لعدم علمه بأهمية تلك الآثار وكيفية المحافظة عليها. لذلك لابد أن تدرك كل جهة طبيعة عملها وطبيعة عمل الجهات الأخرى.

ثالثا: الدعم النفسي والاجتماعي للطفل المعتدي عليه

كل أشكال إيذاء الأطفال لها تأثيرات جانبية هامة وبعيدة المدى علي الصحة العقلية والنفسية للطفل تؤثر بدورها علي النمو الصحيح للطفل، لذلك فإن الدعم النفسي والاجتماعي يعتبر ضروري وأساسي لشفاء الأطفال في كل حالات الإيذاء.

إن وجود شخص متولي رعاية الطفل غير الجاني ويكون محل ثقة للطفل ويأخذ مشكلة إيذاء الطفل علي محمل الجد هو من أهم مصادر الدعم النفسي الاجتماعي القوي للطفل المتعرض للإيذاء. كذلك فإن تواجد متخصص في الأمراض النفسية طوال مرحلة العلاج الطبي وبعدها شيء في غاية الأهمية.

في كثير من المجتمعات والدول النامية يتم علاج الإصابات الجسدية المتخلفة عن الإيذاء فقط دون وجود صيغة رسمية لضرورة عرض الطفل علي متخصص في الطب النفسي لعلاج الآثار النفسية المترتبة علي هذا الإيذاء. في هذه الحالات يجب علي الطبيب المعالج أن يطلب من المهتمين بأمر هذا الطفل ضرورة عرضه علي طبيب أمراض نفسية علي نفقتهم الخاصة لعلاج تلك الآثار النفسية وأن يوضح لهم مدى أهمية ذلك للمحافظة علي السلامة النفسية والعقلية المستقبلية للطفل.

هذا الدعم سواء كان رسمي أو غير رسمي لابد أن يشمل الطفل المعتدي عليه وأسرته (بما فيهم المعتدي) وأن يتم بالتنسيق مع الجهات الأخرى في أي إجراءات قانونية أو أي جهود أخرى متخذة.

رابعا: دعم الأسرة

خبرة الطفل المتولدة لديه من واقعة الإيذاء قد تسبب ضغوطا كبيرة وتمزق داخل الأسرة. قد يشعر الطفل المتعرض للإيذاء بالخوف لما سيحدث مستقبلاً في الأسرة أو يشعر بالذنب لما حدث بالفعل داخل الأسرة بسبب المعرفة بإيذائه خارج نطاق الأسرة، سواء كان هو المبلغ أم غيره. أفراد الأسرة الآخرين قد يكونوا تعرضوا للإيذاء أو الإهمال أيضاً.

إن الصعوبة تكمن في الدعم للمتعدي علي الطفل لأنه عادة ينكر واقعة الاعتداء ويؤكد أنها من خيال الطفل وذلك خوفا من العقوبة أو الفضيحة، فلذلك يمكن للأخصائي الاجتماعي أن يحاول جاهدا إقامة علاقة مهنية جيدة مع المعتدي وأن يفهمه أن عمله يتم في سرية. ذلك لأن محاولة تغيير سلوكيات وأسلوب المعتدي العدائي تجاه الطفل من شأنها أن تدعم الطفل المعتدي عليه وتقلل أو تمنع إيذاؤه.

الدعم للمعتدي يتضمن إيجاد البدائل غير العنيفة في التعامل مع الأطفال. هذا الدعم للأسرة وللمتعدي وللطفل يجب أن يبدأ من لحظة اكتشاف حالة الإيذاء وحتى الشفاء والتأهيل التام لكل أفراد الأسرة. لذلك يجب أن تقسم الأدوار بين مقدمي خدمات حالات إيذاء الأطفال، فيكون هناك من يتخصص في التعامل مع الطفل المعتدي عليه، وآخر متخصص في التعامل مع الشخص المعتدي، وثالث متخصص مع باقي أفراد الأسرة وذلك حتى الانتهاء من تأهيلهم جميعاً. إن هذا التخصص لا يعني أن يعمل كل متخصص علي حدة بل يجب أن تكون هناك خطة عامة يشترك فيها كل المتخصصين المتعاملين مع هذه الأسرة.

الهدف من دعم الأسرة هو ليس منع إعادة إيذاء الطفل فقط، بل إعادة التأهيل ليعيد الأسرة لتصبح أسرة منتجة في المجتمع. إعادة تأهيل الأسرة تتضمن التأهيل الصحي والاجتماعي والتعليمي والقانوني والمادي.

إن متابعة الأسرة التي حدث فيها الإيذاء بعد إعادة تأهيلها علي فترات متباعدة شيء في غاية الأهمية للتأكد من سلامة إجراءات إعادة التأهيل، بل إن المتابعة يجب أن تمتد إلي الأطفال المعتدي عليهم عندما يصلوا لمرحلة البلوغ والمراهقة للتأكد من زوال كل المضاعفات المصاحبة لإيذاء الأطفال، وإخضاع هذا الشاب البالغ للعلاج إذا احتاج الأمر.

يتضمن دعم الأسرة أيضا تقديم المساعدة الفورية للآباء في أوقات الضغوط النفسية الشديدة، وذلك من خلال العديد من البرامج مثل خط الهاتف الساخن الذي يعمل ٢٤ ساعة يوميا علي مدار العام. هذه الخدمة تقدم المشورة العاجلة للمتصل في كيفية التصرف في المشكلة التي يواجهها الأب مع الطفل، والذي قد يعقبه إرسال متخصص بصفة عاجلة لهذه الأسرة

للمساندة. إن المتواجد علي الطرف الآخر من الهاتف لابد أن يتمتع بخبرة عالية وذلك لتزويد المتصل بكافة الاختيارات المتاحة أمامه والتي تساعده علي حل المشكلة.

خامسا: حماية الأطفال

بمجرد اكتشاف أو الشك في حالة إيذاء الطفل، لابد من اتخاذ فعل لحماية الطفل. معظم دول العالم أنشأت أنظمة لحماية الأطفال، ولكن الناحية التنظيمية والقانونية لهذه الأنظمة تختلف من دولة لأخرى. كل نظام له نقاط ضعف ونقاط قوة، ويمكننا القول أنه لا توجد دولة واحدة لديها نظام حماية للأطفال قوي في جميع أركانه. لذلك فإن أنظمة حماية الأطفال تحتاج إلي إصلاح مستمر في الدول التي بها نظام قائم، وتحتاج إلي الإنشاء في الدول التي لم تنشأ نظام حماية للأطفال.

بعض أنظمة حماية الأطفال تركز علي توجيه الاتهام والعقاب للشخص المعتدي، وبالتالي فهي أنظمة قانونية فقط. في هذه الأنظمة يتم الكشف الإجباري علي الطفل المشتبه في تعرضه للإيذاء من خلال الطب الشرعي لتحديد ما إذا كان هناك إيذاء للطفل من عدمه مع جمع الآثار المادية لإقامة الدليل القضائي علي حدوث الاعتداء في حالة وجوده. هذا النظام مكلف مادياً في الفحوص التي تجرى لإثبات الواقعة وغالبا لا يستطيع هذا النظام تقديم أي دعم للأسرة أو للطفل حيث يقف عند مرحلة الفحوص لعدم قدرة الدولة علي الفحوص ومتابعة الأسرة.

بعض دول العالم عدلت في هذا النظام القانوني وأجرت عليه بعض الإصلاحات وذلك حتى تكون هناك سياسة عامة وشاملة للتعامل مع الطفل والأسرة لتتجاوز مرحلة جمع الأدلة.

الأنظمة الصحيحة التي تتعامل مع حماية الأطفال تقوم علي الاتجاهين معاً فهي تهدف إلي تحقيق جمع الأدلة القانونية والحماية من جهة، ودعم وعلاج الطفل والأسرة من جهة ثانية. إن الدعم والمساندة دون حماية قانونية يهدد حياة الطفل المعتدي عليه ونموه وينتهك اتفاقية حقوق الطفل. أما التركيز علي الحماية القانونية دون دعم وعلاج الطفل والأسرة قد يؤدي إلي مضاعفات خطيرة بعيدة المدى علي صحة الطفل ونموه.

سادسا: الحملة الإعلامية

منع إيذاء الأطفال ومواجهته يستلزم تدشين حملة إعلامية كبيرة في كافة وسائل الإعلام المتاحة من تليفزيون وصحف وانترنت وندوات ومؤتمرات لتوضيح حجم مشكلة إيذاء الأطفال، ومضاعفاتها قريبة وبعيدة المدى، وتبسيط وشرح وسائل تأديب الأطفال دون عنف أو ضرب، وتوضيح أهمية تواصل الأسرة مع خدمات حماية الطفل طوال مرحلة الطفولة.

التبليغ عن حالات إيذاء الأطفال

عادة يتم اكتشاف حالات إيذاء الأطفال من قبل الأطباء والممرضات والأخصائيين الاجتماعيين والمدرسين وغيرهم. لكن هل هؤلاء الأشخاص مجبرين عن التبليغ عن تلك الحالات إلي سلطات حماية الأطفال أم لا.

هذا محل خلاف أيضاً بين الدول المختلفة. ففي بعض الدول مثل استراليا وكندا وجنوب أفريقيا والولايات المتحدة فإن هؤلاء المتعاملين مع الأطفال بأي شكل من الأشكال تلزمهم (أي تجبرهم) اللوائح والقوانين بالإبلاغ عن تلك الحالات المشتبه فيها إلي سلطات حماية الأطفال وإلا وقعوا تحت طائلة القانون. في البعض الآخر من الدول فإن اللوائح والقوانين لا تجبرهم بالإبلاغ عن تلك الحالات فهم مخيرين بين الإبلاغ أو عدم الإبلاغ ولا

عقوبة تقع عليهم في حالة عدم الإبلاغ. علي الجانب الآخر فإن بعض الدول ليس لديها نظام لحماية الأطفال أصلاً وبالتالي لا توجد جهة تتولي تلقي البلاغ.

إنني أري أن دول العالم جميعها يجب أن تلتزم بالتبليغ الإجباري للحالات إلي سلطات حماية الأطفال، ولكن هذا يحكمه عدة اعتبارات وهي:ـ

(١) إنشاء نظام حماية الأطفال أولاً، وذلك لتلقي تلك البلاغات.

(٢) إصدار اللوائح والقوانين التي تجبر المتعاملين مع الأطفال علي ضرورة الإبلاغ عن الحالات، وتحديد عقوبة عدم الإبلاغ وتعميم ذلك علي جميع المتعاملين مع الأطفال.

(٣) إيجاد آلية سهلة للتبليغ عن الحالات مثل خط التليفون الساخن الذي يعمل علي مدار اليوم وطوال أيام السنة.

(٤) تحديد الحالات التي يجبر المتعاملين مع الأطفال علي الإبلاغ عنها، وهل هي الحالات المحتملة أم المرجحة أم المؤكدة. وما هو الوقت الذي يجب أن يبلغ خلاله منذ لحظة اكتشاف الحالة، ولمن يتم التبليغ، وهل يشترط في البلاغ أن يحدد نوع الإيذاء أم لا.

عدم وجود لوائح للتبليغ الإجباري ستجعلنا لا نستطيع حصر حالات إيذاء الأطفال، ولن نتمكن من حماية الأطفال في المَستقبل من إعادة إيذائهم مرة ثانية.

<u>إبعاد الابن المعتدي عليه عن الأسرة</u>

في حالات إيذاء الأطفال الخطيرة التي تظهر وحشية في التعامل مع الطفل، والتي يثبت أن القائم بها لديه من الأسباب الدافعة للاستمرار في إيذاء الطفل مثل كونه مدمن تعاطي مخدرات، يجب إبعاد الطفل عن هذه

الأسرة. لكن قبل إصدار مثل هذا القرار الصعب بالنسبة للطفل وللأسرة لابد أن تكون هناك حلول أخري ليصبح الإبعاد هو الحل الأخير. هذه الحلول تشمل:ـ

(١) مساعدة الأسرة للتخلص من بعض المشاكل التي تقابلها.

(٢) تدريبات الآباء علي القيام بدور الأبوة الصحيح.

(٣) علاج الآباء المدمنين في مصحات العلاج من الإدمان.

(٤) عرض الزوجين علي برامج المشورة الزوجية للحد من الخلافات الزوجية بينهما والتي تدفع غالباً إلي إيذاء الأبناء.

(٥) برامج الزيارة المنزلية لمتابعة حالة الآباء والأبناء، ومدي التطور الإيجابي الحادث لهم.

(٦) إبعاد المعتدي عن المنزل، مع بقاء الطفل مع باقي أفراد الأسرة.

(٧) أخيراً، إذا استمر الإيذاء أو كانت الظروف الداعمة للإيذاء يصعب إزالتها يتم إبعاد الطفل عن الأسرة وتسليمه إلي أحد أقاربه أو إيداعه أحد بيوت الرعاية.

وحدة حماية الطفل بالمستشفي العام بالفلبين هي مثال حي علي نظم حماية الأطفال. هذه الوحدة أنشأت عام ١٩٩٧م وتقدم خدمات طبية شاملة وخدمات اجتماعية ونفسية للأطفال ضحايا الإيذاء ولأسرهم بهدف منع حدوث الإيذاء المستقبلي ولعلاج واقعة الإيذاء الحالي. هذه الوحدة تعمل ٢٤ ساعة في اليوم طوال أيام الأسبوع. معظم الحالات التي عرضت علي هذه الوحدة كانت من خلال الجهات القضائية وتلاها الحالات المحولة من المستشفيات الأخرى بعد تشخيص حالة إيذاء الطفل.

تعاملت هذه الوحدة عام ٢٠٠٥م مع ٩٧٢ حالة جديدة لإيذاء الأطفال وكان ٨١% من هذه الحالات هي حالات إيذاء جنسي. مراحل التعامل مع الحالة عند وصولها للوحدة تشمل:ـ

(١) أخذ موافقة متولي رعاية الطفل علي توقيع الكشف الطبي علي الطفل.

(٢) إجراء مقابلة مع متولي رعاية الطفل من قبل الأخصائي الاجتماعي والطبيب، أثناء تواجد الطفل في غرفة لعب بمصاحبة ممرضة.

(٣) يسمع الطبيب رواية الطفل عن واقعة الإيذاء، ويسمع ويشاهد هذه الرواية ضابط المباحث والأخصائي الاجتماعي من خلال شاشة مونيتر مثبتة في غرفة أخري عارضة ما يحدث في حجرة الطبيب.

(٤) يقوم الطبيب بتوقيع الكشف الطبي علي الطفل ويحدد مواضع الإصابات ويوثقها، ثم يجمع الأدلة المادية علي واقعة هذا الاعتداء مثل عينة مهبلية أو شرجية في حالة الإيذاء الجنسي. هؤلاء الأطباء يتم تدريبهم علي القيام بمهام الطبيب الشرعي من حيث طريقة الكشف الطبي الشرعي وطريقة رفع العينات وتحريزها وإرسالها للمعمل وطريقة وصف الإصابات وتوثيقها.

(٥) يتم علاج الطفل من الآثار الإصابية الجسدية.

(٦) يتم تقييم درجة الخطورة علي الطفل بمقابلة الطفل وأسرته من خلال الطبيب والأخصائي الاجتماعي. ويمكن أثناء هذه المرحلة تقديم المشورة للأسرة.

(٧) يقوم الأخصائي الاجتماعي بزيارة منزل أسرة الطفل المعتدي عليه لتقييم حالة الطفل والأسرة علي الطبيعة، وإعداد تقرير ثان عن درجة الخطورة علي الطفل.

(٨) يتم توجيه الطفل والأسرة إلي الأخصائي النفسي أو الطبيب النفسي بهده الوحدة لتحديد خطة العلاج النفسي للمضاعفات النفسية للإيذاء. هذا العلاج النفسي يوجه للطفل، وقد يكون علاج فردي أو في مجموعات أو العلاج باللعب، ويوجه أيضاً للآباء، ويوجه أيضاً في بعض الأحيان إلي باقي أفراد الأسرة.

(٩) ورشة عمل للحالة تجمع كل الذين تعاملوا مع الحالة وهم الطبيب الذي ناظر الطفل أول مرة بالمستشفي والأخصائي الاجتماعي والطبيب النفسي ....إلخ، وذلك لتحديد الوضع الحالي للطفل والأسرة وخطة التعامل المستقبلي مع الحالة.

(١٠) تحديد شخص واحد داخل الوحدة مسئول عن تنظيم مواعيد حالة الطفل وكل ما يتعلق به من فحوص وتحليل ومواعيد الكشف والمتابعة الطبية والزيارات المنزلية بالتنسيق مع كل المتخصصين المتعاملين مع هذا الطفل.

(١١) هذه الوحدة يوجد بداخلها محامين لمتابعة الدعوى القضائية في حالة قيامها، ولتهيئة الطفل للمثول أمام القاضي.

(١٢) كل أعضاء الوحدة الذين تعاملوا مع الحالة يكونوا علي استعداد لأداء الشهادة أمام القاضي حال طلبهم.

(١٣) هذه الوحدة تقدم خدمات أخري مثل:ـ

(أ) مساعدة الأطفال ضحايا الإيذاء الذين ينتمون إلي أسر تعاني من الفقر المدقع مثل دفع مصاريف الدراسة وشراء الزى المدرسي والأدوات المدرسية.

(ب) فصول لتعليم واجبات الأبوة للزوجين أثناء فترة الحمل لشرح مراحل نمو الطفل وكيفية التعامل مع الطفل طوال مراحل حياته المختلفة وطرق تأديب الطفل دون استخدام العنف.

المراجع

أولا:. المراجع العربية

دكتور/أحمد عبد اللطيف الفقى (٢٠٠٣)

وقاية الإنسان من الوقوع ضحية للجريمة.

دار الفجر للنشر والتوزيع . القاهرة.

دكتور/بنجامين وولمان (ترجمة دكتور/محمد عبد الظاهر الطيب)(٢٠٠٧)

مخاوف الأطفال

مكتبة الأنجلو المصرية ـــ القاهرة.

دكتور/حسين فايد (٢٠٠٦)

إساءة وإهمال الطفل

مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع ـــ القاهرة.

دكتور/ عبد الرحمن عسيري (٢٠٠١)

الأنماط التقليدية والمستحدثة لسوء معاملة الأطفال (أعمال ندوة سوء معاملة الأطفال واستغلالهم غير المشروع.

أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية ـــ الرياض ـــ السعودية.

دكتورة/ كلير فهيم (٢٠٠٧)

رعاية الأبناء ضحايا العنف

مكتبة الأنجلو المصرية ـــ القاهرة.

دكتور/محمد حسن غانم (٢٠٠٨)

الاضطرابات الجنسية

مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

دكتور/محمد شحاته ربيع ، دكتور/جمعه سيد يوسف ، دكتور/معتز سيد عبد الله (١٩٩٤)

علم النفس الجنائي ـــ دار غريب للطباعة والنشر . القاهرة.

مستشار/ محمد علي سكيكر (٢٠٠٥)

حقوق الطفل في الشرائع والتشريع

ناشر خاص ــ القاهرة.

دكتور/ محمود أحمد طه (١٩٩٩)

الحماية الجنائية للطفل المجني عليه

أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية ــ الرياض ــ السعودية.

دكتور/ محمود سليمان موسي (٢٠٠٦)

قانون الطفولة الجانحة والمعاملة الجنائية للأحداث

منشأة المعارف ــ الأسكندرية.

دكتورة/ منيرة عبد الرحمن آل سعود (٢٠٠٥)

إيذاء الأطفال: أنواعه وأسبابه وخصائص المتعرضين له

أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية ــ الرياض ــ السعودية.

دكتور/ هلالي عبد اللاه أحمد، ودكتور/ خالد محمد القاضي (٢٠٠٨)

حقوق الطفل في الشريعة الإسلامية والمواثيق الدولية والتشريعات الوطنية

الهيئة المصرية العامة للكتاب ــ مكتبة الأسرة ــ القاهرة.

دكتور/هشام عبد الحميد فرج (٢٠٠٥)

الجريمة الجنسية

ناشر خاص ــ القاهرة.

ثانيا: المراجع الأجنبية

Ablin DS, Greenspan A, Reinhart M, et al. (1990)
Differentiation of child abuse from osteogenesis imperfecta.
Am J Roentgenol; 154: 1035 – 46
Adams PC, StrandRD, Bresnan MJ, et al. (1974)
Kinky hair syndrome: serial study of radiological findings with emphasis on the similarity to the battered child syndrome.
Radiology; 122: 401 – 7.
Billmire ME, Myers PA. (1985)
Serious head injury in infants: accident or abuse?.
Pediatrics, 75: 340-2.
Bush CM, et al (1996)
Pediatric injuries from cardiopulmonary resuscitation.
Ann Emer Med. 1996; 28: 40-44.
Caffey J (1946)
Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma.
Am J Roentgenol Radial Ther; 56: 413-426.
Cameron JM, Rae LJ, (1975)
Atlas of the battered child syndrome.
Churchill Livingstone, Edinburgh.
Camps, F. (1976)
Legal medicine.
Bristol: john wright & sons LTD.
Chadwick DL, Chin S, Salerno C, et al. (1991)
Deaths from falls in children: how far is fatal?.
J Trauma 31: 1353-5.
Decalmer P and Glendenning F. (1994)
The mistreatment of elderly people.
London: SAGE Publication Ltd.
Di Maio, D and Di Maio, V. (1993)
Forensic pathology
CRC Press, Boca Raton.
Geberth, V. (1996)
Practical homicide investigation
CRC Press, New York.

Gilliland MG, Luckenbach MW. (1993)
Are retinal haemorrhages found after resuscitation attempts? A study of the eyes of 169 children.
Am J Forensic Med Pathol 14: 187-92.
Hall JR, Reyes HM, Horvat M, et al. (1989)
The mortality of childhood falls.
J Trauma 29: 1273-5.
Harwood-Nash CE, Hendrick EB, Hudson AR. (1971)
The significance of skull fractures in children: A study of 1187 patients.
Radiology 101: 151-60.
Helfer RE, Slovis TL, Black M. (1977)
Injuries resulting when small children fall out of bed.
Pediatrics 60: 533-5.
Hobbs CJ. (1984)
Skull fracture and the diagnosis of abuse.
Arch Dis Child 59: 246-52.
Howard MA, Bell BA, Uttley D. (1993)
Pathophysiology of infant subdural haematoma.
Br J Neurosurg 7: 355-65.
Am J Dis Child 147: 87-92.
Kempe C, et al (1962)
The battered child syndrome.
JAMA; 181: 17-24.
Knight, B. (1996)
Forensic pathology
Edward Arnold, London.
Knight, B. (1997)
Simpson's forensic medicine
Edward Arnold, London.
Leventhal JM, Thomas SA, Rosenfield NS, et al. (1993)
Fractures in young children. Distinguishing child abuse from unintentional injuries.
Mason, J. (1977)
The pathology of violent injury
Edward Arnold, London.

McLay, W. (1996)
Clinical forensic medicine
Greenwich medical media, London.
Nimitryongskul P, Anderson LD. (1987)
The likelihood of injuries when children fall out of bed.
J Pediatrics Orthop 7: 184-6.
Price EA, et al (2000)
Cardiopulmonary resuscitation – related injuries and homicidal blunt abdominal trauma in children.
Amer J Forensic Med Path, 2000; 21(4): 307-310.
Reichelderfer TE, Overbach A, Greensher J. (1979)
Unsafe playgrounds.
Pediatrics 64: 962-3.
Siegel, J., et al (2000)
Encyclopedia of forensic sciences
Academic press.
Synder, L. (1977)
Homicide investigation
Charles Thomas, USA.
Silverman F (1953)
The roentgen manifestations of un recognized skeletal trauma in infants.
Am J Roentgenol Radial Ther; 69: 413-426.
Thomas PS. (1977)
Rib fractures in infancy.
Ann Radiol Paris 20: 115-22.
Vanezis, P. AND Busuttil, A. (1996):
Suspicious death scene investigation.
Arnold, London.
Weber W, (1984)
Experimental studies of skull fractures in infants.
Z Recbtsmed 92: 87-94.
Williams RA. (1991)
Injuries in infants and small children resulting from witnessed and corroborated free falls.
J Trauma 31: 1350-2.

Worlock P, Stower M, Barbor P. (1986)
Patterns of fractures in accidental and non-accidental injury in children: a comparative study.
Br Med J Cli Res Ed 293: 100-2.